

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**O PROCESSO DE TERCEIRIZAÇÃO VIA OS: O CASO DO HOSPITAL DE
EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA-PB**

SEDROSLEN GUELIR CAVALCANTI COSTA

JALDES REIS DE MENESES
(Orientador)

João pessoa-PB
2014

SEDROSLEN GUEIR CAVALCANTI COSTA

**O PROCESSO DE TERCEIRIZAÇÃO VIA OS: O CASO DO HOSPITAL DE
EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA-PB**

Dissertação apresentada para o
cumprimento parcial das exigências
para obtenção do título de Mestre em
Serviço Social pela Universidade
Federal da Paraíba

Aprovado por:

Prof. Dr. Jaldes Reis de Meneses
Orientador

Profa. Dra. Luciana Batista de Oliveira Cantalice
Avaliador Interno

Profa. Dra. Kathleen Elane Leal Vasconcelos
Avaliador externo

Data: ____/____/____

Como não podia deixar de ser, dedico ao meu filho esta conclusão de ciclo, pois foi por ele que embarquei, naveguei e agora apporto.

AGRADECIMENTOS

Tenho muito e a muitos por agradecer. Cada qual em seu momento, por motivos diferentes,

Agradeço ao programa de mestrado de serviço social, não por mera praxe, mas pela oportunidade de adentrar num mundo de teorias que ouvia de citações no mundo da saúde, para enfim, ir à fonte.

Agradeço ao meu orientador, Professor Jaldes, cuja abertura e orientação puderam me ajudar na tentativa de superação e qualificação deste material.

Agradeço, com data certa, às organizações e movimentos (Assembléia Popular; Consulta Popular; Fórum paraibano em Defesa do SUS e Contra as Privatizações) dos quais participei e que me motivaram na escolha do tema. Sigo confiante com aqueles que não se perderam na estrada e seguem servindo como estímulo a seguir na luta pelo tema escolhido.

Agradeço aos amigos e às amigas que, mesmo sem saber, foram suporte importante nos momentos de desalento, onde uma palavra de estímulo, ou uma saída em mesa de bar faziam um bem danado à saúde mental deste mestrando.

Agradeço, enormemente mesmo, a Luciana, companheira de tantas coisas, e equilíbrio nas tensões e emoções na reta final de escritura da “Dirce”.

RESUMO

Trata-se de um trabalho de pesquisa documental, tendo sido analisado a literatura disponível no portal científico da BIREME, tendo como palavras-chaves “Reforma de Estado”, “Privatização”, “Terceirização”, “Reforma dos Serviços de Saúde”, “Modernização do Setor Público”, e “Serviços de Terceiros”. Além disso buscou-se a documentação produzida em artigos, jornais e sites sobre o caso do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, em João Pessoa, Paraíba. A análise de literatura demonstrou que há uma divisão ideológica na produção, mesmo acadêmica, onde é possível se delimitarem dois campos distintos. Um campo que segue em defesa da terceirização e privatização como necessidade de gestão da máquina estatal, campo este que se apregoa técnico e faz uso de experiências exitosas para sua defesa de modelo. Outro campo, consonante com o pensamento da Reforma Sanitária segue no questionamento da reforma e na acusação dos empecilhos que a reforma tem imposto ao Sistema Único de Saúde. Sem cair num niilismo paralisante, o autor constata que a questão ideológica está fortemente presente na produção acadêmica sobre a matéria.

Palavras-Chaves: Reforma de Estado; Terceirização; Reforma dos Serviços de Saúde

ABSTRACT

This is a documentary research work, including the analysis of the available scientific literature on the portal BIREME, with the keywords "State Reform", "privatization", "outsourcing", "Health Care Reform", "modernization of the Public Sector, "and" Third Party Services ". In addition we sought documentation produced in articles, newspapers and websites on the case of the Hospital de Emergência e Trauma Senator Humberto Lucena in João Pessoa, Paraíba. The analysis of the literature showed that there is an ideological divide in production, even academic, where it is possible to delineate two distinct camps. A field that follows in defense of necessity as a defense management state machine, this field coach who preaches and makes use of successful experiences for their defense model. Another field, in line with the thinking of the Health Reform follows the questioning of reform and prosecution of the impediments that the reform has imposed on the Unified Health System Without falling into a paralyzing nihilism, the author notes that the ideological issue is prominent in academic production on the matter.

Key-Words: State Reform; Outsourcing; Health Care Reform

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Definição das características da crise de Estado, segundo Bresser-Pereira (1998)	68
Quadro 02. Medidas de adequação nacional para superação da crise, segundo Bresser-Pereira	69
Quadro 03: Definição de setores estatais, e seus respectivos diagnósticos e proposições segundo o Plano Diretor de Reforma do Aparelho de Estado	71
Quadro 04: Principais elementos da reforma gerencial do SUS propostos por Bresser-Pereira.	78
Quadro 05. Leis estaduais aprovadas que qualificam e regulam a adoção de OS para administração e oferta de serviços públicos.	82
Quadro 06. Linha do tempo de decretos estaduais que qualificam e regulam a adoção de OS para administração e oferta de serviços públicos	84

LISTA DE ABREVIATURAS

ADIN – Ação Direta de Inconstitucionalidade

CLT – Consolidações das Leis de Trabalho

COOMIT – Cooperativa

COOPANEST – Cooperativa

COOPED – Cooperativa

COOPERCIR – Cooperativa

COORT – Cooperativa

CVB/RS – Cruz Vermelha Brasileira do estado do Rio grande do Sul

DRU – Desvinculação de Recursos da União

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

FHC – Fernando Henrique Cardoso

FNCPS – Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde

FNCPS – Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde

FPDS – Fórum paraibano em Defesa do SUS e Contra as Privatizações

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

HETSHL - Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

MARE – Ministério da Administração e Reforma de Estado

MP – Medida Provisória

MPT – Ministério Público do Trabalho

OAB – Ordem dos Advogados do Brasil

OS – Organização Social

OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

OSS – Organização Social da Saúde

PDT – Partido Democrático Trabalhista

PNP – Plano nacional de Publicização

PRN – Partido da Renovação Nacional

PSB – Partidos Socialista do Brasil

PSBD – Partido da Social-Democracia Brasileira

PT – Partido dos Trabalhadores

RJU – Regime Jurídico Único

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. A GUISA DE UMA INTRODUÇÃO	12
2. DAS LEITURAS INICIAIS	17
3. DO PROCEDIMENTO METODOLÓGICO E DA ANÁLISE	27
4. DA ANÁLISE SOBRE A LITERATURA	32
5. O PENSAMENTO DE BRESSER-PEREIRA	65
6. A EXPERIÊNCIA DAS OS	82
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
6. REFERÊNCIAS	107

1. A GUIA DE UMA INTRODUÇÃO

Dia-a-dia nos são estampadas notícias sobre o caos da saúde pública brasileira. O sistema midiático reforça todo dia situações de esperas prolongadas com filas imensas; do descaso de profissionais com a situação da população; da falta de materiais para correto atendimento ao público; de gasto extraordinário para pouco retorno à população.

Há problemas no SUS, isso não se questiona. Mas é questionável a essência do problema e não apenas suas expressões sensacionalistas, e mais questionável ainda é a idéia transformada em senso comum de que esses problemas são a essência do serviço público. E que a solução essencial seria a intervenção privada no setor.

Essa idéia já está consumada como senso comum dentro de nossa cultura brasileira tendo sido objeto de exploração por jornalistas, comediantes, parlamentares e o povo em conversas em filas de hospital ou em filas de ônibus.

A idéia de entrega à iniciativa privada se fortalece, dentre outras medidas, com a inclusão do terceiro setor na agenda estatal, a exemplo das Organizações Sociais (OS).

Na Paraíba, em 2011 se deu a primeira experiência de inclusão de uma OS para administrar uma unidade hospitalar pública. A unidade em questão é o mais importante Hospital de Emergência e Trauma do estado, tendo sido autorizado pela lei estadual 6746/1999 e inaugurado no ano de 2001, localizado na capital, João Pessoa, encontrava-se como referência para 173 municípios da Paraíba, no ano de sua terceirização via OS.

A unidade em questão vinha sofrendo com o pouco aporte financeiro que lhe era ofertado, e dificuldades com recursos humanos. Cativo estava das cooperativas (COOPANEST, COORT, COOPECIR, COOPED e COOMIT), de forma que, já vinha sendo terceirizada a oferta de algumas especialidades. Sob o argumento de desvencilhar-se das amarras da responsabilidade

fiscal em não poder contratar mais pessoal, da recusa corporativista de algumas especialidades em prestar concurso público para provimento de cargos (como o foi considerado pelo governo no concurso para provimento de cargos da área da saúde do estado, de 2007), da necessidade de agilizar e otimizar a oferta de atendimentos, e sob a declaração de caos – situação de emergência- o governo sob a regência de Ricardo Coutinho (PSB) emite medida Provisória 178/2011 (duas semanas após decretada estado de emergência dentro do HETSHL) para contratação da OS Cruz Vermelha do Rio Grande do Sul para a administração do Hospital. Grande rechaço encontra por parte de movimentos sociais, sindicatos, partidos, e Ministérios Públicos, mas que no bojo da máquina institucional, não houve retrocesso da proposta governamental, e a Medida Provisória passou a lei 9454/2011, com a pactuação legal da entrega da unidade hospitalar à OS. Escândalos têm sido noticiados na mídia local, relatórios do Ministério Público, Tribunal de Contas do Estado e de entidades de classe têm questionado desde a constitucionalidade da lei 9454/2011, à efetividade da pactuação, o que suscita a curiosidade sobre qual o impacto real dessa terceirização da gestão do hospital.

Foi no ano de 2011 que sob o governo PSB tanto para o município quanto para o estado, as bancadas governistas (no município sob a batuta de Luciano Agra – continuidade do governo Ricardo Coutinho; e no estado sob a batuta direta de Ricardo Coutinho) da câmara e assembleia defrontaram-se com, a título de projeto de lei na câmara e MP no estado, medidas que na prática reproduzem o ideal de que serviços públicos para políticas sociais não sejam exclusividade do Estado, cabendo a ele, tão somente sua regulamentação e fiscalização.

Fato concreto, portanto, nos faz perceber que é preciso entender melhor a natureza mais complexa que envolve esses processos de terceirizações para poder compreender e atuar sobre o que acontece na Paraíba, e subsidiar a luta no Fórum Paraibano em Defesa do SUS e Contra as Privatizações, fórum do qual pude participar em sua organização com vistas às lutas contra o processo de entrega dos serviços de saúde do estado para a iniciativa privada (ou filantrópica e de

interesse social, como o são eufemicamente chamadas algumas entidades que pleiteiam a administração dessas unidades de saúde).

O processo de entrega dos serviços de saúde a entidades que corroboram a inclinação do Estado para o Mercado, tendo como exemplo factível o caso do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena que foi entregue à Organização Social Cruz Vermelha Brasileira do Rio Grande do Sul foi a motivação para este estudo.

Frente a esse cenário, é objetivo dessa dissertação aprofundar-se sobre o tema da Reforma de Estado implementada em nosso país, como foco na proposta de OS para gerencia e prestação de serviços de saúde, a partir da captação dos consensos explicitados na literatura científica.

A organização deste trabalho se deu em seis capítulos, a saber:

O primeiro capítulo tratará da abordagem inicial sobre a temática de reforma de Estado e saúde, tendo sido fruto de leituras pregressas estimuladas durante as atividades no Fórum Paraibano em Defesa do SUS e Contra as Privatizações e de leituras sugeridas durante Orientação e aulas do programa de Mestrado em Serviço Social do PPGSS/UFPB.

Serão abordadas algumas conceituações que subsidiarão nosso debate *a posteriori*, a exemplo dos principais argumentos utilizados nas análises das questões referentes à Reforma do Estado e mais especificamente no tocante à defesa e à crítica da entrega dos serviços públicos à gestão de OS.

A consulta frequente a autores e autoras que tem inserção nacional em movimentos sociais e sindicais vinculadas à defesa do ideário de reforma sanitária não é por mero acaso, tendo sido uma opção deste autor, tendo sido a literatura que vinha subsidiando as discussões e lutas dentro do estado.

O segundo capítulo tratará da abordagem metodológica empregada no estudo, especificando objetivos e tratamento de dados, a fim de garantir reprodutibilidade do estudo para futuras ratificações ou contestações.

Serão explicitadas as teses do autor e do percurso o qual o levou àqueles questionamentos.

O terceiro capítulo, englobará o resultado da análise da literatura consultada segundo os critérios metodológicos desse estudo, sendo a síntese do pensamento científico encontrado segundo a busca desenvolvida.

Para análise crítica do referencial encontrado na pesquisa será tomada em consideração Faleiros (1992) “definir o pleito em questão, seu desenvolvimento histórico, a tomada de decisão por parte do Estado frente a esse pleito e sua ligação com os agentes políticos interessados no pleito”.

Assim, se faz necessário trazer à tona, para análise, o contexto histórico e que se inserem os trabalhos pesquisados, o papel que assumem na batalha ideológica de defesa ou questionamento da Reforma de Estado, identificar os parceiros na defesa da implementação dessa nova política de gestão, e, sem cair no engodo de identificar pragmaticamente os “resultados” (FALEIROS, 1992), mas sobretudo não desconsiderando o impacto nas relações trabalhistas, da oferta de serviços hospitalares, do aporte financeiro e alocação de recursos na saúde.

No quarto capítulo, haja vistos os frequentes referenciamentos e citações na literatura a Bresser-Pereira, sentiu-se a necessidade entender o seu pensamento. Será tratado, portanto, o pensamento dele a partir de seus próprios escritos disponibilizados em sua página na *web* “www.bresserpereira..” onde encontra-se sua produção acerca da temática além de pesquisa em produção impressa do autor.

No quinto capítulo será tratado da experiência concreta de OS. Para embasar essa discussão far-se-á uso de documentação produzida pela Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS) e aquela produzida por órgãos de públicos de controle fiscal, além da produção da mídia local acerca deste pleito.

No sexto capítulo encerraremos este trabalho (nem por isso esta temática), onde serão discorridas algumas considerações finais, que se propõem a serem uma síntese do exercício de pensar sobre tal temática, de um militante em defesa do SUS que passou a refletir sobre sua prática e aprofundar o estudo sobre seu objeto de luta, passando de objeto de luta, a objeto de estudo.

2. DAS LEITURAS INICIAIS

Historicamente o Capital vem se remodelando e se readaptando às necessidades e avanços da classe trabalhadora, de maneira que possa continuar hegemônico.

A despeito disso, um cenário fértil para debates com acirradas análises é o campo das políticas públicas.

A discussão sobre as políticas públicas, ou do papel do Estado sobre a oferta de políticas que mitiguem as expressões da questão social face ao desenvolvimento capitalista da economia, gera, não de hoje, amplo debate sobre o papel que as políticas cumprem na ordem capitalista (LESSA, 2013; PEREIRA, 2010; BOSCHETTI, 2010; NAVARRO, 1995; FALEIROS, 1992).

Tal discussão é fortemente centrada na análise das experiências de “wellfare state” dos países centrais, e do mimetismo de um estado provedor nos países periféricos:

“Entre as nações desenvolvidas e subdesenvolvidas, a educação, a saúde, o transporte, o lazer e cultura, a previdência social passaram a se constituir em direitos sociais dos trabalhadores. Mediante as lutas dos próprios trabalhadores, o direito ao trabalho e à estabilidade no mesmo também foram se ampliando. Cabe enfatizar, todavia, que esta não foi a realidade dos países periféricos, como o Brasil. Aqui conhecemos essas conquistas marginalmente.” (FRIGOTTO, 2001).

As políticas sociais assumem sobremaneira o caráter de públicas, como necessária intervenção Estatal com o advento do capitalismo monopolista. Experiências anteriores de políticas conduzidas pelo estado, como no chamado capitalismo concorrencial assumiam um caráter esparso e focado em minimizar tensões focalizadas. É somente no capitalismo monopolista que as políticas assumem uma “intervenção contínua, sistemática, estratégica sobre as sequelas da ‘questão social’, que oferece o mais canônico paradigma dessa indissociabilidade de funções econômicas e políticas que é própria do sistema estatal da sociedade burguesa madura e consolidada” (NETTO, 2009).

A despeito do papel de conciliação que o Estado de bem-Estar-Social promoveu na Europa, ao intermediar junto ao Capital demandas da classe trabalhadora (PEREIRA, 2010;

NETTO, 2009; LAURELL, 1995; FALEIROS, 1992), sendo, portanto, vista como uma conquista da luta dos trabalhadores, que sofriam as expressões da questão social e demandavam intervenção.

Vale salientar, que dentro da literatura, ou mais especificamente, nas palavras de Faleiros (1992) “as pressões das classes subalternas não têm as respostas mecânicas de uma concessão, por parte do Estado, dado que se situam numa relação complexa de forças”.

Em verdade, para autores como Lessa (2013), Netto (2009), e Faleiros (1992) apontam para o limite institucional da intervenção estatal, apontando que quando o Estado moderno não contribui diretamente para o aumento da acumulação capitalista, se limita a não contradizer seu interesse acumulativo.

Dessa forma, algumas interpretações assumem um caráter mais extremo, como podemos sintetizar na citação de Lessa (2013) que diz de que “qualquer apoio ao Estado, ‘crítico’ ou não, significa na luta de classes colocar-se ao lado do capital e contra o proletariado”. Em verdade tal afirmação do autor é um momento de síntese que ainda se desenvolve em seu estudo sobre a inexistência de um Estado de Bem-Estar-Social, pela inviabilidade de definições concretas que situem esse estado no tempo, espaço e conceitualmente e subjetivamente.

Apesar das considerações importantes que o autor traz à luz da discussão, abordamos a inexistência de um estado de bem-estar-social em nossa realidade brasileira não por esse aspecto que o mesmo trás, senão pelo fato de que a literatura mais farta trata da existência desse Estado localizado na Europa pós-guerra.

E pela compreensão que a Constituição brasileira de 1988 inaugura um novo paradigma de universalização de políticas sociais sob a égide do Estado, em nosso país, mas que em sua gênese histórica e conjuntura de efetivação, não se consolida um Estado de bem-Estar-Social.

De forma que, para efeito nesse estudo, não consideramos que haja no Brasil uma experiência desse Estado.

Por seu turno, nos aproximamos da experiência de um Estado democrático permeável à lógica neoliberal que vem sendo fortalecida desde a década de 1990.

Durante o governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), através do Ministério de Administração e Reforma de Estado (MARE) sob a condução do então ministro Bresser-Pereira, se deu a Reforma de Estado brasileira, que visava,

“delimitação do tamanho do Estado [onde] estão envolvidas as idéias de privatização, publicização e terceirização. A questão da desregulação diz respeito ao maior ou menor grau de intervenção do Estado no funcionamento. No aumento da governança temos um aspecto financeiro: a superação da crise fiscal; um estratégico: a redefinição das formas de intervenção no plano econômico-social; e um administrativo: a superação da forma burocrática de administrar o Estado. No aumento da governabilidade estão incluídos dois aspectos: a legitimidade do governo perante a sociedade, e a adequação das instituições políticas para a intermediação dos interesses” (BRESSER-PEREIRA, 1997),

mas que para alguns autores (SIMIONATTO; LUZA, 2011; BAHIA, 2008), trouxe consequências danosas para a efetivação de um Estado provedor.

No Brasil, os impactos das políticas neoliberais são sentidos a partir da década de 1990, com a eleição do governo Collor (1991-1994 - aqui considerando o tempo total entre sua eleição, seu impeachment e sucessão por Itamar Franco). A eleição de Collor foi considerada o momento de abertura do país as políticas neoliberais em consonância com organismos internacionais representantes do Capital. Mas foi com o governo FHC (1995-2002) que essas relações se aprofundaram, sendo emblemática deste período a proposta de Reforma de Estado, o plano Bresser Pereira, aprovado em 1995, que ratificaram o Estado máximo para o Capital e mínimo para o Social.

Ao aprofundar essas relações sendo emblemática a proposta de Reforma de Estado, desloca-se no campo econômico da lógica neoliberal mais “pura”, e, portanto defendendo a participação do Estado na economia visando seu fortalecimento, e defendendo no campo social a participação do Estado na oferta de alguns pacotes básicos de políticas públicas, mas sobre tudo abrindo ao que ele chama “publicização” que trata-se da entrega da execução e oferta das

políticas a entes de natureza privada, o terceiro setor, cabendo então, ao Estado tão somente sua fiscalização.

Durante essa Reforma os benefícios sociais garantidos na constituição de 1988 foram sistematicamente atacados, entre eles muitos direitos trabalhistas. São deste período ainda as proposituras e/ou implementação das OS, OSCIP, Fundação Estatal de Direito Privado, a DRU, contratação pública por CLT em detrimento do RJU, além da avalanche ideológica que pregava a ingerência da administração e serviços públicos.

Um trecho retirado de Bresser Pereira (1997) no primeiro volume dos “caderno MARE da reforma do Estado” explicita o que viria a ser a Reforma

“Cidadãos menos protegidos ou tutelados pelo Estado, porém mais livres, na medida em que o Estado que reduz sua face paternalista, torna-se ele próprio competitivo, e, assim, requer cidadãos mais maduros politicamente. Cidadãos talvez mais individualistas porque mais conscientes dos seus direitos individuais. [...] um Estado menos voltado para a proteção e mais para a promoção da capacidade de competição. Será um Estado que não utilizará burocratas estatais para executar os serviços sociais e científicos, mas contratará competitivamente organizações públicas não-estatais”.

Cabe ressaltar, que para alguns autores que se auto-intitulam de centro-esquerda, a partir da década de 1990 o que se vislumbra no Brasil é a emergência de uma política social-liberal para o país (BRESSER-PEREIRA, 1996; CARDOSO, 1995).

Entretanto, somos de acordo com outra literatura que defende que tal entendimento, de uma emergência social-liberal, consubstanciada no governo PSDB (1995-2002), como sendo em realidade uma abertura do país às privatizações, terceirizações e medidas macro-econômicas de orientação neoliberais.

Sob o argumento da ineficácia do Estado, sobre sua burocracia, patrimonialismo (...), é que se vislumbra a “participação da sociedade organizada” na condução dos rumos das políticas de saúde, onde o Estado não mais seria o provedor, mas apenas o regulador dessas ofertas, de forma que são criadas/qualificadas as Organizações Sociais - OS (lei 9637/98), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público - OSCIP (lei 9790/98), todas com orientação ao mercado, para imprimir ao considerado Estado mastodôntico a agilidade da economia de mercado.

Assim, na literatura que trata desse tema de reforma de Estado e seu impacto sobre as políticas públicas no Brasil, tem-se criado uma dicotomia entre o que seria o “público” e o “privado”.

Podemos dizer que as concepções de um e outro são exclusivas de forma que a negação de um é a afirmação do outro, no estabelecimento de uma dicotomia entre ambos? De forma que, a melhor definição da coisa pública seria aquilo que não é privado, e a definição da coisa privada seria aquilo que não é público?

Esse questionamento pode nos amarrar, se imaginarmos essa pretensa dicotomia seja estática no decorrer da história e das culturas.

Em verdade, podemos acatar essa máxima dicotômica como exercício de reflexão, mas tendo a compreensão de que os limites entre público X privado sofre variações.

Se tomarmos o argumento de Martins (1998) para aplica-lo a esse desenho inicial das idéias que assumimos para esse tópico, dentro da modernidade, poderemos entender os limites dessas variâncias, de que “a atribuição do caráter público a *algo* não obedece apenas a critérios econômicos, senão, sobretudo a julgamentos políticos independentemente do seu caráter de gratuidade”.

Ou seja, a despeito da determinação econômica, que produz e promove as condições contraditórias concretas para a existência de uma produção, é no campo da política que se definirá esses limites entre público e privado.

Em um contexto onde a influência da comunidade (sociedade civil) e do mercado (sociedade econômica) sobre o Estado (sociedade política) são crescentes, onde essas arenas se consolidam institucionalmente e se legitimam em diferentes extensões, a produção de bens públicos tende a seguir uma resultante destas racionalidades tridimensionais contraditórias (OFFE apud Martins, 1998).

Consideram-se bens públicos bens (tangíveis ou intangíveis) ou serviços que afetam ou interessam a todos ou a maioria, ou ainda, que são tornados acessíveis à maioria, em oposição ao privado que é destinado a um só ou a poucos. (Bobbio, apud Martins, 1998).

Concorda Martins (1998) que “a atribuição do caráter público a *algo* não obedece apenas a critérios econômicos, senão, sobretudo a julgamentos políticos independentemente do seu caráter de gratuidade”.

Tal proposição traz em si uma afirmação a qual concordamos, de que mais que o econômico, em nossa conjuntura o “público” passa por uma compreensão política do que venha a ser público ligado às coletividades. É notória, portanto que a abordagem que o autor trabalha e interpreta possibilita, no seu argumento, a possibilidade de um público ainda que não-gratuito, ou como podemos inferir, que se insira numa lógica mercadológica. Assim, é possível considerar que o produto da loja é algo público, pois ele está a oferta de toda a coletividade.

Para Martins, no limite da governança social se estabelece uma integração entre Estado, Mercado e Comunidade. Essa integração se daria em zonas intermediárias, como entre “Estado e terceiro setor (organizações privadas sem fins lucrativos financiadas ou parcerizadas ao Estado)”.

Nos cadernos do MARE, encontramos que “publicização [é] a produção não-lucrativa pela sociedade de bens ou serviços públicos não-exclusivos de Estado”.(BRASIL, 1997)

Assim, percebemos que a publicização, por intermédio do Programa Nacional de Publicização (PNP) é uma estratégia para ampliar a participação de entes de natureza privada (portanto particular), em substituição ao ente público, ainda que esses entes privados passem arcar com o compromisso de prestar o serviço ainda público (como o é o caso dos serviços públicos de saúde).

Faz-se portanto mister entender que na concepção proposta de publicização atrela-se a perpetuação do caráter público da política.

Mas, à luz da interpretação jurídica, está claro que trata-se de uma desestatização de setores públicos passando esses à cessão para entes de natureza privada.

Nessa relação, temos autores (ANDREAZZI, 2012; SOARES, 2012; BRAVO, 2011; CORREIA, 2011) para os quais a caracterização do público transcende a noção de ser um serviço financiado pelo Estado e ofertado à população. Pois o público para essas autoras invariavelmente, perpassa pela noção de política pública financiada, gerida e ofertada pelo ente estatal, sem intermediação de setores da sociedade ou do mercado.

A despeito disso, a interpretação política da questão observa que o Plano nacional de Publicização (PNP), dentro de uma proposta de desmantelamento do Estado, enxugando-o, em verdade enfraquece-o deixando-o à mercê da lógica de mercado, o que descaracteriza a oferta de política pública com interesse público, significando, em verdade, uma intervenção estatal para fortalecimento do mercado, entregando uma política pública à administração de grupos privados.

Exemplo disso é que as condições macro-estruturais e econômicas da sociedade têm imposto políticas de saúde alheias aos interesses coletivos da classe trabalhadora. (FILHO, 1993; BRAVO; MENEZES, 2008).

O setor de serviços públicos de saúde tem sofrido o ataque neoliberal de desmantelamento do Estado, com políticas públicas insuficientes e precarização das condições de trabalho, além do assédio ideológico. Alguns autores têm se debruçado sobre esse cenário e se posicionado contra esses ataques, como podemos observar na fala de Batista Júnior (2008):

“frente à argumentação conservadora recorrente e insustentável de que a estabilidade do trabalhador em saúde é um mal e beneficia quem não quer trabalhar e que o trabalhador da saúde deve ter o mesmo tratamento que os trabalhadores do sistema financeiro [...] estranhemos e lamentamos a comparação rebaixada, desqualificada e oportunista com quem trabalha com a vida do seu semelhante e que necessita da estabilidade no emprego para a garantia plena do exercício profissional e do vínculo efetivo e afetivo, inclusive, do profissional-serviço-cliente.” (BATISTA-JÚNIOR, 2001)

As políticas públicas de saúde, que no Brasil tem seu novo “paradigma” com a constituição federal de 1988 - a nossa constituição cidadã - e a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) é pautada num período onde os anseios por uma nova sociedade (FLEURY, 2008)

era a tônica dos setores progressistas. Motivados pelas experiências européias de Estado de Bem-Estar-Social, um Estado provedor, os sujeitos políticos (trabalhadores da saúde, intelectuais, movimentos sociais...) reunidos em torno do “Movimento da Reforma Sanitária”, reuniram experiências locais exitosas e planejaram, lutaram e conquistaram a inclusão na Constituição a Saúde como um direito e obrigação do Estado.

O nosso sistema público de saúde, o SUS (Sistema Único de Saúde) é uma conquista fruto de lutas entre diferentes interesses que se faziam presentes à época da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, os reacionários, os liberais, e os revolucionários (NUNES, 1994). Pode-se, portanto considerar que houve avanço na constituição do SUS em 1988, e nas lutas que se seguiram, e seguem, na sua efetivação, contra a lógica de um sistema econômico totalizante e excludente, como o é o Capitalismo, mas que ainda falta muito a se conquistar.

A vitória conquistada em 1988, entretanto, sofreu (e ainda sofre) grande abalo na efetivação da saúde como direito. O forte assédio que a ideologia neoliberal vem imprimindo à América latina (LAURELL, 1995) não poderia ter deixado o Brasil de fora, e não o deixou. A vitória de Fernando Collor de Mello (PRN) em 1990, e no próximo pleito eleitoral a vitória de Fernando Henrique Cardoso (PSDB), em 1994, reconduzido à reeleição em 1998, deixou um cenário de desfalque para a política pública de saúde brasileira (BAPTISTA, 2009).

Após dois mandatos de FHC, o Brasil se viu numa possibilidade de mudança com a eleição de Lula, haja vista a expressividade de seu respaldo na eleição pela população brasileira (o que claramente explicitava a negação da população brasileira às políticas neoliberais de FHC) o que poderia apontar um governo que faria o embate contra o Capital.

Entretanto, o que se percebe é que em dois mandatos o governo Lula (2003-2010) o mesmo foi um governo híbrido, onde, a despeito de algumas conquistas da classe trabalhadora dentro das contradições do governo, prevaleceu um governo que optou por dar continuidade à

política macroeconômica neoliberal reconfigurada (o que se tem chamado neodesenvolvimentismo) no Estado.

A eleição de Lula em 2002 foi a expressão nas urnas da negação ao projeto neoliberal de Estado. Entretanto, apesar da correlação de forças dentro do governo Lula inicialmente ter-se mostrado como um governo em disputa, o decorrer do mandato mostrou ser um governo de conciliação havendo contradições que beneficiavam à classe trabalhadora, mas mantinham os privilégios do Capital.

Essas contradições estavam em vários setores do governo, segundo Bravo, (apud BRAVO; MENEZES, 2010), para a qual, durante o governo Lula dentro da pasta do Ministério da Saúde havia inicialmente em disputa dois projetos, o da reforma sanitária e o privatista.

Granemann (2008), afirma que desde a contra-reforma implementada durante o governo FHC, não se viu projeto de contra-reforma de Estado mais abrangente e articulado (consonante com organismos internacionais do Capital, como Banco Mundial), e orquestrados com o aval técnico-científico de pesquisadores e intelectuais do Brasil, para justificar “cientificamente” tais propostas, do que no governo Lula. A autora faz um acompanhamento cronológico das publicações do banco Mundial com “propostas” para a saúde no Brasil, e das propostas e decisões do ministério da saúde durante o ano de 2007, além da comparação entre as duas propostas em questão, identificando grande similitude desta com aquela.

O que caracteriza, portanto, dentro do setor de saúde no Brasil uma sistemática equiparação com as políticas de organismos internacionais do Capital, promovendo o desmantelamento do Estado para o Social, com exposição dos Trabalhadores à situações de instabilidade e insegurança.

Estudos recentes, como os de Girardi et al (2010), sobre políticas públicas de saúde e condições de trabalho no setor da saúde desde os anos 2000 mostram que:

“na administração pública, a expansão da precariedade laboral coincidiu com a implementação de novas políticas públicas, no contexto das reformas de Estado neoliberal que buscavam

simultaneamente, o enxugamento da máquina pública e a transferência, por meio dos mecanismos contratuais, da operação desses serviços ao setor privado.” (GIRARDI et al, 2010)

Mesmo a sequência do poder executivo passando em 2002 ao Partido dos Trabalhadores, com a figura de Luis Inácio da Silva – o Lula – não foi suficiente para reverter os caminhos abertos nos governos anteriores, e segue-se a disputa “dicotômica” no campo da saúde pública brasileira, onde os ideais da reforma sanitária vêm sofrendo o ataque frequente do ideal neoliberal.

3. DO PROCEDIMENTO METODOLÓGICO E DA ANÁLISE

No decorrer da experiência como militante do Fórum Paraibano em Defesa do SUS e Contra as Privatizações e participação nas articulações da Frente Nacional Contra as Privatizações muita leitura panfletária e de agitação me chegou às mãos, e aquelas que expunham um programa mais consistente eram lidas de forma assistemática, o que sem dúvidas auxiliou nas atividades de agitação e propaganda para as lutas nas ruas, conferencias e parlamento. Mas, não foram exitosas em permitir compreender com maior profundidade a causa dessas questões.

As leituras assistemáticas tiveram que ser retomadas, se maneira sistemática dessa vez e destas, a observância de palavras-chaves que as delimitavam foram tomadas em conta pra empreender uma nova busca sobre o pensamento produzido e disponibilizado na internet.

Para êxito nessa empreitada, recorreremos à pesquisa bibliográfica. Como parâmetro para escolha do material de estudo, inicialmente buscou-se a produção bibliográfica que estivesse à disposição na BIREME, no período de 06 de abril de 2014. Assim, recorreu-se à pesquisa deste banco de dados pela seguinte técnica:

Baseado em literatura anterior que o autor já dominava, observou-se os descritores mais comuns para o material que abordasse essa temática dos impactos da Reforma de Estado nas Políticas Públicas de Saúde em nosso país, de forma que quando da pesquisa na BIREME optou-se pela busca do termo

- “Reforma de Estado” como “assunto principal”,

associado ao boleador “and” para os termos, um a um,

- “Privatização”,
- “Terceirização”,
- “Reforma dos Serviços de Saúde”,
- “Modernização do Setor Público”, e

- “Serviços de Terceiros”.

Para definição da relevância para nosso estudo procedeu-se ao “download” dos artigos e teses. Tendo sido lidos os seus resumos definiu-se quais tratavam da reforma de Estado e o setor de saúde, tendo sido descartados deste estudo trabalhos que apesar de tratar da reforma de Estado se centravam na análise de casos empíricos de entrega de outros setores de serviços como o setor energético, ou de entrega de setores de indústrias.

Na primeira busca entre “Reforma de Estado” e “Privatização” foram encontrados 38 resultados. Destes, 15 tinham relevância direta para o tema do estudo e foram selecionadas para fichamento.

Na segunda busca entre “Reforma de Estado” e “Terceirização” foram encontrados 09 resultados. Destes, 05 foram selecionados para fichamento.

Na terceira busca entre “Reforma de Estado” e “Reforma dos Serviços de Saúde”, nenhum resultado foi encontrado.

Na quarta busca entre “Reforma de Estado” e “Modernização do Setor Público”, foram encontrados 32 resultados. Destes, apenas 09 tinham relação direta com o objeto de estudo e foram selecionados para fichamento.

Na quinta busca entre “Reforma Política” e “Serviços de Terceiros” foram encontrados 08 resultados. Destes, apenas 1 foi relevante para a pesquisa, e selecionado para fichamento.

Optou-se pelo tratamento do material da base de dados em divisão pelo ano de publicação, atendendo a critérios arbitrários do autor a saber: aquelas pertinentes à década de 90, como tendo sido a década da reforma administrativa em nosso país, esperando-se que a produção intelectual foi feita no calor do acontecimento, em defesa franca ou crítica contundente à idéia da reforma, ainda sem experiências acumuladas fruto da reforma.

Esperava-se que interpretação do alcance de suas competências ainda figuravam num campo de expectativas mais baseadas no argumento ideológico do que no empírico.

A segunda divisão se deu para o período de 2000 a 2010, por se enquadrar um período em que já haviam algumas experiências em desenvolvimento e pesquisas que vinham sendo desenvolvidas a partir do empírico dessas realidades.

A terceira divisão se dá a partir de 2011 não por acaso. Foi 2011 o ano de conferências municipais e estaduais de saúde e da 14ª Conferência Nacional de Saúde (SODRÉ, 2013), onde a temática das privatizações/terceirizações em saúde tiveram grande repercussão, estimulando uma grande produção de agitação e propagando por parte dos movimentos sociais.

Acreditamos que nesse período se estimulou uma produção intelectual para o embate no campo das idéias, tanto de defesa quanto de ataque às modalidades novas de gestão em saúde.

Entretanto, percebeu-se que o critério de divisão escolhido nesse estudo se mostrou irrelevante em expor diferenças na produção intelectual no período.

Entretanto, pôde-se constatar um critério divisor de águas relevante para essa observação.

Dentre os artigos e teses estudadas, aquelas que se colocavam em defesa das medidas de novos modelos de gestão implementados pela Reforma de Estado eram produções literárias dos setores de administração, ou seja produções de revistas científicas voltadas ao campo da administração ou administração pública.

Uma única exceção foi o caso de uma tese (JUSTO, 2008) que a despeito de ter sido defendida junto à FIOCRUZ (celeiro de formação de importantes sanitaristas) demonstrou simpatia a essa inclinação da gestão pública à lógica de mercado.

Os artigos e teses que se opunham aos modelos de privatização e terceirização da política pública de saúde foram exclusivamente encontrados em revistas e produções acadêmicas de searas de sanitaristas, onde o pensamento da reforma sanitária ainda ecoa.

Para ambos os períodos percebeu-se forte inflexão de trabalhos que se centram na defesa ideológica pragmática das novas modalidades de gestão implementadas pela reforma de Estado, a

partir do argumento de que os resultados contratualizados e atingidos per si devem ser os critérios de análise.

Por outro lado, aqueles que se posicionam em questionamento ou em negação à reforma de Estado o fazem sobre argumentos fortemente ideológicos, de defesa de uma nova ordem democrática que se contraponham aos interesses de mercado nas políticas públicas.

Essas características se mantêm no decorrer da produção identificada para o período em questão.

Chama a atenção que os trabalhos encontrados nesta busca discutem a questão da Reforma de Estado de um patamar restrito à Reforma per si, ou quando muito situando o quadro político em que se deu a propositura e investidura da Reforma.

Poucos trabalhos, como trabalho de Andreazzi (2002) situa e desenvolve a discussão a partir de um patamar mais elevado, que seria a relação da Reforma de Estado dentro do viés do contexto de luta de classes, e da significância que medidas de Reformas tem tido no decorrer de nossa história entre os diversos interesses de classe mediados pelo Estado.

Foi recorrente, durante as leituras e análises, o referenciamento a Bresser-Pereira, que durante o governos de Fernando Henrique Cardoso foi o Ministro da Administração Federal e Reforma de Estado. O mesmo é citado como agente político e intelectual formulador da proposta de reforma de Estado brasileiro, onde se encontra a propositura das Organizações Sociais.

Portanto, encontrou-se necessidade de entender o pensamento, expresso em sua produção textual, de Bresser-Pereira. Para tanto recorreu-se a livros do autor, mas sobretudo à sua produção disponibilizada em seu *site*¹, após busca, realizada no período de 17 de maio, que restringisse o material produzido que tratasse de “Organização Social” e de “Saúde”.

A pesquisa, que resultou em 33 documentos, entre artigos, leis, comentários a jornais, entrevistas, produção ministerial, nos forneceu material suficiente para identificação de alguns

¹ Para maiores detalhes, e conhecimento do sítio onde há disponibilização do material de Bresser-Pereira, sugerimos recorrer ao site em “<http://www.bresserpereira.org.br/>”

elementos, a saber, papel político de Bresser-Pereira, argumentos de defesa das Organizações Sociais, críticas às medidas neoliberais em detrimento das liberais.

Dando seguimento ao estudo, se estruturou uma crítica sobre o processo de terceirização do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, na Paraíba, através da análise do material fruto de auditorias do Ministério Público do Trabalho, Relatórios de entidades de categorias, a exemplo do Conselho Regional de Medicina, e do material publicado na mídia local.

Todo esse material tratado ainda não foi o desejado para o estudo, pois importante fonte buscada, os relatórios de auditorias do Tribunal de Contas do Estado, até o momento de encerramento da escritura desse trabalho, ainda não havia sido disponibilizada pelo órgão.

Após a análise e contraposição das idéias foram possíveis de se expor algumas considerações finais que, antes de quererem ser taxativas sobre a temática da reforma, revela questões relevantes sobre a produção disponível nos canais científicos sobre esse tema.

A dicotomia que se observa neste assunto revela uma antagonia de classes, onde a compreensão da função das políticas públicas, como a de saúde, como mitigadora das questões sociais são tratadas de maneira diversa. Ora, enxergando o papel do Estado provedor de bem-estar social, ora como um regulador que deva favorecer a participação da lógica de mercado nas políticas sociais.

4. DA ANÁLISE SOBRE A LITERATURA

É objetivo neste capítulo trazer à tona a reflexão sobre a pesquisa empreendida nesse estudo, sintetizando o resultado dessas novas leituras sistemáticas.

Como já observado em capítulo anterior, um único trabalho, dentre todos os demais encontrados no levantamento, se propôs a aprofundar sua análise através de um viés de classe. Trata-se da tese de Andreazzi (2008) a mesma, no desenvolver de seu estudo traz importantes considerações que antes de simplesmente ir de encontro a alguns trabalhos desenvolvidos nessa área, qualifica a crítica a esses trabalhos. É dela a assertiva de que “os agentes econômicos dos mercados que o compõem [o setor de saúde], sendo contribuintes importantes para a conformação do produto interno, seria algo raro se passassem ilesos das transformações mais gerais ocorridas”.

Então a mesma tece críticas à dificuldade de encontrar em nossa literatura produções que possibilitem a reconstituição de séries históricas que possam subsidiar uma análise mais detalhada do percurso traçado na política pública de saúde.

O que é dito por Andreazzi (2008) vai ao encontro do referencial que tomamos como coerente para uma análise desse tipo, sobre o processo de privatização e terceirização, que encontramos em Faleiros (1992), quando de sua argumentação de que para análises desse tipo, deve-se levar em conta a observação da concepção ideológica e o pragmatismo dos resultados conjuntamente, e não apenas um ou outro aspecto isolado.

Apesar de termos o cuidado em observarmos que o pragmatismo de resultados *per si*, é possui um viés ideológico o qual encontramos com uso largo entre os defensores das medidas privatizantes (COSTA; PECI, 1999; COSTA, 2000; CHERCHIGLIA; DALLARI, 2003).

Entretanto, essa defesa tida como pragmática, se insere numa defesa infudada em muitos dos casos, pois a defesa é feita a priori, antes mesmo de se observarem resultados, pois na batalha

das idéias, na conquistas do senso comum, se apregoa que o público é sabidamente ineficiente e que o privado é obviamente eficiente. Isso fica claro numa opinião expressa por uma médica (REICHELT, 2009) numa revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). O HCPA é o hospital de clínicas de Porto Alegre. Unidade hospitalar que em seu histórico encontra-se o mix público-privado como uma marca sua. A profissional se coloca no lugar de trabalhadora, para legitimar ainda mais sua fala, e assim então afirmar que as parcerias entre publico e privado só favorecem o público, mediante o agregar valor, “o incentivar a competência, [...] permitir que o público seja estimulado pelo privado, [...] permitir que a excelência pública possa também ser disponibilizada ao privado, mediante troca”.

A mesma segue tecendo suas afirmativas de que o desempenho das unidades públicas que são geridas por entes privados assumem maior efetividade, agilidade e alcance de metas. Ao afirmar que nessa relação de mix publico-privado, o publico sai beneficiado, a mesma chega a afirmar que há um financiamento do “publico pelo privado [...] dever-se-ia pensar que funciona como uma forma indireta de distribuição de renda no país”.

A “neutralidade” desse artigo pulicado numa revista do próprio HCPA é todo passível de questionamentos sobre sua idoneidade científica, a despeito de que o artigo esteja publicado no setor de “opinião” da revista.

Entretanto, outros autores que se propõem a ser mais científicos, com suas publicações em revistas mais idôneas, ou teses e dissertações defendidas em instituições renomadas de nosso país, reproduzem esse pensamento, passível de questionamento, com certezas que só se justificam através do viés ideológico que permeia essa discussão, para alguns deles, como Santos (2012) “a maioria das decisões sobre terceirização permanece sendo tomada de forma *ad hoc*, sem embasamento técnico em processos de avaliação”.

Para abordar essa questão trazemos um apontamento interessante de Cherchiglia e Dallari (2003) os quais afirmam que

Segundo a teoria institucional, as organizações são “estruturadas pelo fenômeno em seus ambientes e tendem a tornarem-se isomórficas com ele”. Tendências isomórficas levam organizações a adotar produtos, serviços, técnicas, políticas e programas que podem não resultar em aumento da eficiência ou melhoria da performance. Entretanto, esses elementos são tomados por “verdadeiros”, necessários e apropriados — eles legitimam a organização sob os pontos de vista interno e externo (CHERCHIGLIA; DALLARI, 2003, p. 317).

Sem ser nossa pretensão adentrarmos na discussão da teoria institucional (para tanto sugerimos a leitura do trabalho deste autores), a despeito da conceituação de tendência isomórfica, eles trazem à luz uma prática que podemos identificar na produção científica que demonstram afinidade com as medidas direcionadas ao mercado, que é justamente a de defenderem e justificarem tal comportamento de acatar *a priori* que o privado é sempre melhor que o público, ainda que pragmaticamente não se observe melhorias efetivas de um serviço se entregue à administração ou vendido por completo ao setor privado.

E assim, aquilo que é dito por aqueles que tem interesse direto no pleito em questão (os empresários do setor de saúde e a entrega dos serviços públicos de saúde à iniciativa privada) passam a ter o apoio “neutro” de intelectuais e técnicos competentes, de forma que uma defesa descaradamente interesseira passa a ser uma defesa técnica.

Santos (2009) já discutiu isso, o afirmar que

“o debate sobre o mix público-privado é confuso e contém contradições, que resultam tanto de evidências provenientes de estudos técnico-científicos, como de um componente ideológico. Por este motivo, é necessário entender onde, em quê e de que maneira o setor privado afeta e interfere nos sistemas de saúde e qual a interface que faz com o sistema público de saúde” (SANTOS, 2009, p. 05).

Para a autora o debate sobre o mix público-privado é permeado por quesitos técnicos e ideológicos : “Atualmente, essa discussão é comumente traduzida pela que se dá entre o

welfarianismo e o neoliberalismo. É um debate que diz respeito a todas as dimensões da sociedade, sendo a saúde uma delas” (SANTOS, 2009, p. 15).

Lamarca (2009) já discute sobre o caráter da reforma implementada em nossos país. Para a mesma é certo que tais medidas fogem ao ideário neoliberal puro, e em contraposição se encerra num modelo liberal, por certo, mas que, negando o tão citado consenso de Washington, não apregoou o fim da intervenção estatal, mas sim uma participação mais branda, apesar de fortalecida, e garantia do Estado como fiador de que a intervenção do mercado de saúde na política de saúde possa ser efetiva.

“Por outro lado, o ideário macroeconômico ligado ao Consenso de Washington, que pregava a posição original de redução das agências estatais, já não era consenso da alta tecnocracia das agências multilaterais. O próprio Banco Mundial surpreendeu os teóricos e o grupo dos representantes e difusores do pensamento neoliberal, ao apresentar um relatório dedicado às experiências de reforma do Estado, destacando a importância da responsabilidade política das elites estatais para o bom desempenho de seus governos. O relatório ressaltou que a redução ou diluição do estado não poderia determinar o fim da reforma de estado. A capacidade do Estado estava intimamente relacionada ao revigoramento das instituições públicas, gerando maior competição e aumento de eficiência, melhorando o seu desempenho. Admitiu, ainda, que mercado e governo são complementares, atribuindo caráter essencial ao Estado, na organização das instituições do mercado” (LAMARCA, 2009).

Entretanto, Borges e Fernandes (2002) já observaram, numa experiência ainda que restrita (limitava-se a um estudo de caso na cidade de Natal, no Rio Grande do Norte, numa coorte de 1995 a 1999) como pode se movimentar o capital no setor de saúde e como a relação do público e do privado é visceralmente influenciada por esse interesse do Capital,

Entretanto, com a disseminação da presença de empresas privadas na prestação de serviços públicos de saúde, uma preocupação que logo se espalhou por diversos setores sociais era a de que a predominância de empresas privadas com fins lucrativos na produção dos serviços públicos de saúde poderia levar tais serviços a perderem seu caráter de bens públicos — que o Estado tem constitucionalmente o dever de colocar ao alcance de todos os cidadãos, sem discriminação de nenhuma ordem — para se transformarem em simples mercadoria, bens privados, acessíveis apenas aos que podem pagar (BORGES; FERNANDES, 2002, p. 568).

O autor observa que já em 1999 há uma tendência de entrega dos serviços de maior complexidade (e maior lucratividade) à iniciativa privada:

No que se refere ao grupo de procedimentos de *média complexidade*, a situação já se apresenta ligeiramente diferente. Embora a participação da rede pública seja maior (86,4% em 1999), a da rede privada aumenta, chegando a 13,6% no último ano do período. Por outro lado, no grupo público verifica-se uma posição da rede estadual (41,7% em 1999) ainda mais forte do que a da rede municipal (31,6% em 1999), embora a participação da primeira venha caindo no período, enquanto a da segunda vem crescendo. No que tange ao grupo de procedimentos de *alta complexidade*, verifica-se uma realidade completamente transformada. Neste caso, há uma participação fortemente dominante da rede privada, chegando a alcançar 99,7% do total em 1999. Neste grupo nota-se uma ausência completa das redes estadual e municipal, com uma participação meramente residual da rede federal. Na rede privada, por outro lado, destaca-se uma participação mais significativa da rede privada lucrativa, em comparação com a filantrópica (BORGES; FERNANDES, 2002, p. 572).

Entretanto, como já dito aqui, alguns autores, apesar de não desconsiderarem outras pesquisas em seus trabalhos com caráter semelhante à apresentada por Borges e Fernandes (2002), os mesmos ainda têm o olhar de que as praticas mais recentes de intervenção dentro do Estado para inclinação de políticas públicas à ideologia de mercado, não podem ser sintetizadas como o avanço puro do pensamento neoliberal em nosso país.

Almeida (1999) observa dois períodos de avanço da agenda neoliberal. Uma primeira mais “pura” se dá na década de 70, e um “segundo período, mais recente, em que se formulam propostas de reforma, analítica e tecnicamente fundamentadas, com o intuito de retirar da responsabilidade **única** do Estado algumas das atividades que até então compuseram a rede de segurança social construída sob a perspectiva keynesiana. Os modelos reformadores que emergem nos anos 90 suavizam o discurso ideológico, exacerbado nos 80, partindo mesmo da crítica das propostas neoliberais, sem entretanto significar um “retorno” às premissas do Estado providência anterior” (ALMEIDA, 1999, p. 265)

É mister se observar que o discurso neoliberal de Estado mínimo está ecoando apenas em poucos sítios sem força política hegemônica. O discurso (e a prática) reformista do Estado para o brasil se fundamenta num discurso técnico de melhoria e otimização da gestão do estado para continuar mantendo sua “providencia – mas apenas fiscalizando os entes contratados para tal - posto que sem tal processo de reforma não será mais possível ao Estado estimular a economia

nem suportar os gastos para com o social. Um discurso fatalista que os embala na condução dessa reforma e ganhando adeptos entre o senso comum (ALMEIDA, 1999).

Corroborando a fala já citada acima de Lamarca (2009), e dialogando com os apontamentos de Almeida (2009), Sodré (2013) traz à luz que aquele é um modelo de gestão bastante utilizado pelas políticas econômicas desenvolvimentistas, aquelas em que o Estado assume o papel de ser um “Estado- empresa”, capturando os valores que se hospedam na reprodução social. Ou seja: visão de gestão mercadológica para reger as políticas sociais.

Percebe-se a diferença de abordagem que, por exemplo Lamarca e Sodré têm sobre o mesmo tema. Essas diferenças vão estar presentes nesses trabalhos sobremaneira, de maneira mais velada, mas ainda perceptíveis.

O custo financeiro da Política Pública de Saúde:

Ao se estudar os processos de reformas de Estado que aconteceram ao redor do mundo, mas demorando-se sobre as experiências da América Latina, e sobretudo do Brasil, fica notória a afinidade das reformas implementadas nesses países e o pensamento neoliberal alardeado por organismos internacionais.

Também fica notória a tentativa de justificar as medidas da reforma de Estado através da questão financeira. Mas, para essa questão, não há consenso na literatura.

A falta de consenso não é por menos, pois trata-se da inclinação ideológica dos autores que influenciam diretamente na opção de método de observação e análise da realidade.

Para Andreazzi (2012),

A redução das políticas pública de bem-estar, inclusive saúde, não encontra, como única determinação, as restrições fiscais dos Estados nacionais. Particularmente, na Periferia, a estas restrições é acrescida a sobrecarga da dívida externa. As próprias mudanças na base produtiva do capitalismo contemporâneo, que se expandem através da globalização, forjam novas relações sociais entre classes e frações de classes que acentuam a diferenciação. Isto, com sua contrapartida no campo ideológico, vai contra a corrente do universalismo que caracterizou a era keynesiana (Kornis, 1998). Manifestando-se de

maneira mais clara nos países industrializados, mas estando também presente no nosso caso (ANDREAZZI, 20012, p. 53).

Em estudo sobre os países da América Latina, outros autores (NAVARRO; MUNTANER; ARMADA, 2001) constataam a influência de organismos internacionais, como o FMI, BM, e WHO e PANO, na definição de políticas privatizantes para as políticas públicas de saúde desses países, e como a década de 90 parece ser a concentradora dessas medidas na América Latina.

Se o processo de desenvolvimento histórico do Capital ora gerou as políticas ditas Keynesianas, esse mesmo desenvolvimento histórico pode atingir um patamar onde o questionamento por completo dessas políticas sejam a máxima da economia. Apesar disso, entretanto, Braga (2012) afirma que,

O Brasil vem reeditando relações público-privadas nas quais o privado patrocinado pelo poder público é a regra. Em outras palavras, a social-democracia reformada reconfigurou o neoliberalismo, recompondo o consenso acerca do modo de vida capitalista como única via, mediante a constituição de uma nova relação Estado-sociedade baseada na democracia como colaboração e na coesão social para o pleno avanço do capital na virada do século XXI (BRAGA, 2012, p. 167).

É pauta comum nas discussões sobre a necessidade de implementação de medidas de austeridade ao Estado, como alternativa de estancar o gasto “desmesurado” do ente público com as políticas sociais. Entre os autores que concordam e aqueles que discordam, pode-se identificar dentre os trabalhos pesquisados nesse estudo que, em vias de fato há um gasto considerável de recursos com a manutenção de uma política pública de saúde.

Entretanto, apesar dessa concordância, é necessária caracterizar que, entre autores sanitistas, as reformas em curso estão atreladas a um imperativo orçamentário (mas, como já dito antes, onerado em grande monta pela própria política de privatização), com intenções de redução de gastos (COSTA, 2000)

As medidas tomadas para reforma de Estado e seu impacto nas políticas públicas é justificada como advinda de uma crise financeira do Estado que acarretava numa crise de gerenciamento. É essa uma das máximas apregoadas por quem justifica a Reforma de Estado

como necessária: “Essa crise mais profunda tem impactos nas finanças públicas e na eficiência gerencial dos serviços oferecidos pelo Estado, fomentando também as crises fiscal e de governança” (COSTA, 2000).

Para Costa e Peci (1999) é marca dos governos latino-americanos (e no Brasil não foi diferente) a reforma patrimonialista, com ênfase na desestatização, como estratégia de adequação a um ajuste fiscal, segundo o qual é motivado por imperativo orçamentário (COSTA; PECI, 1999, p. 191).

Sodré (2013) ao estudar o caso da EBSEH, em específico como um reflexo da abertura do Estado brasileiro ao pensamento neoliberal reformulado, verificou que:

“por trás da diversificada composição da força de trabalho nos HUFs, encontra-se uma das fontes para o alto nível de endividamento dessas instituições (Cislaghi, 2010). Isso ocorre porque os quase 50% do total de funcionários não são regidos pelo Regime Jurídico da União (RJU), ou seja, não pertencem ao quadro de servidores estatutários do MEC, e, portanto, são custeados por recursos do próprio hospital em que laboram. Dessa forma, grande parcela dos recursos financeiros que deveriam ser investidos no ensino, na pesquisa, na extensão e na assistência é transformada em folha de pagamento de pessoal terceirizado” (Carmo, 2006; SODRE et al, 2013).

Ora, apesar de sua anuência de que há muito gasto para manutenção, por exemplo, de um Hospital Universitário, da mesma forma como argumentam aqueles que defendem as medidas de austeridade, a interpretação dos fatos que o autor dá a esse caso é de notória diversidade. Ou seja, ele arvora-se em outros autores e chega a conclusão que o endividamento é justamente fruto da terceirização, proveniente do pouco investimento do Estado nessas unidades hospitalares. De forma, que o que é apregoadado com terror e inscrito num círculo vicioso para olhares superficiais é desvendado que é justamente a falta de investimento do estado na política pública que a inviabiliza e a onera, criando o cenário de justificção para mais medidas consonantes com a lógica de mercado.

O impacto gerado é sentido no dia-a-dia das instituições que concretizam a política de saúde em suas ações, pois as instituições têm que se ajustar ao arroxo proveniente da necessidade de adequação às medidas de austeridade. Como observa Cherchiglia e Dalari (2003), os hospitais

públicos brasileiros buscam “se legitimar e se adaptar às novas demandas e restrições impostas pelo ajuste estrutural da economia e pela reforma do Estado” (CHERCHIGLIA; DALLARI, 2003, p. 331).

Como medida de escape a esse arroxio financeiro que se abate por sobre as instituições, tem sido construído e solidificado-se no senso comum que as parcerias no mix público-privado sejam uma alternativa para essa problemática. Entretanto essa medida quando longe de ser solução é um agravamento das expressões dessa crise. Isso porque essa “nova parceria” poderia representar mais um processo de privatização do espaço público, onde teríamos de um lado os que se beneficiariam dela — os planos e seguros de saúde e sua clientela, que teriam acesso diferenciado a serviços reconhecidamente de qualidade e também a algumas especialidades médicas. Do outro lado estariam os que sempre são deixados à margem — a clientela que não tem outra opção a não ser o SUS, cujo acesso será dificultado pela não-expansão de capacidade dos equipamentos ou aumento da produtividade e pela seletividade (CHERCHIGLIA; DALLARI, 2003, p. 332).

Da justificativa: crise e ineficiência do Estado

A observação da literatura tem explicitado o discurso de ineficiência do Estado em manter as políticas de saúde. Para aqueles que defendem essa idéia, sobram argumentos embasados em toda uma teoria gerencialista, que per si, apregoa que o Estado não pode ser ágil e atender as demandas da população como o faria o Mercado. Para aqueles que questionam essa idéia os argumentos são em grande monta embasados no ideário da reforma sanitária que anseiam por um Estado provedor, e em experiências empíricas.

Num estudo que chamou-nos a atenção pelo seu discorrer explícito (JUSTO, 2008), encontramos o reforço de que o setor público per si é ineficiente.

A autora (JUSTO, 2008) recai sobre o senso comum em afirmar que a gestão burocrática é a priori ineficiente, e que a administração indireta gerencialista é melhor e mais eficiente.

Passa a considerar positiva, como instrumento gerencial, a tática de declaração de calamidade nos hospitais para justificar a flexibilização da administração (JUSTO, 2008, p. 132).

Em suas palavras: “Nessa perspectiva, esse estudo pode concluir que a vigência do decreto de calamidade, instituído no período da intervenção federal como medida emergencial/calamitosa, se constituiu em um instrumento de gestão extraordinário,” (JUSTO, 2008, p. 132).

Estudando o caso dos Hospitais Universitários e o advento da EBSEH, Sodré (2013) avalia que a “crise” instalada nos hospitais universitários abre precedentes para a aproximação voraz da privatização das áreas sociais de responsabilidade do Estado. A saúde e a educação pública têm perdido espaço para o mercado privado, diante de um discurso de ineficiência estatal, e se subordinam a ditames mercadológicos, em que a universalidade do direito (garantidos por lei na saúde e na educação) é substituída pela compra e venda de serviços. (SODRÉ et al, 2013)

Sodré (2013) traz apontamentos interessantes sobre as relações institucionais dentro da esfera governamental sobre as tensões entre MS, MEC, MPOG no tratamento dos HUFs. À guisa de um abacaxi por descascar, ele aponta, referenciado em autores como Granemann (2007), que um problema social onde a questão dos HUs é apenas uma das expressões desse problema, é tratado a ser resolvido de forma gerencialista e administrativa. Apesar de na EBSEH manter-se o “vínculo orgânico do ente estatal com o poder público, frente às autarquias, a EBSEH representa uma flexibilização das normas do direito público, o que caracterizaria inclinação ao mercado”. Feitas algumas considerações sobre a real necessidade de entrega dos HUs à EBSEH, e da real viabilidade de via EBSEH resolver os problemas atuais dos HUs de maneira

que a administração direta, via MPOG não poderiam resolver, os autores trazem muitos questionamentos ao leitor.

A medida de entrega dos Hospitais Universitários se encerra numa medida, tão somente, de entrega do ente público à lógica de mercado. Costa, longe de negar essa premissa, a justifica como sendo tão somente um processo de racionalização.

“Racionalização, entendida como o conjunto de medidas voltadas para o aumento da eficiência através de redução de estruturas e cortes nos gastos públicos, e da desestatização, compreendida como o elenco de mudanças decorrentes da privatização de empresas e serviços públicos e da desregulamentação da vida econômica e social” (COSTA, 2000, p. 268).

Assim, para este autor,

“Todas as formas de flexibilização devem ser buscadas para vencer a uniformidade imposta pelas normas universalistas existentes no serviço público, que tendem a tratar de maneira igual situações desiguais e tirar o foco dos objetivos governamentais e organizacionais, gerando processualismo, lentidão e desperdício. É preciso persistir no estudo de formas organizacionais alternativas, como as agências executivas, as organizações prestadoras de serviço e as organizações sociais, novos modelos e instrumentos de gestão e formas de contratualização de serviços entre entes governamentais” (COSTA, 2000, p. 270).

E arremata, dizendo que

“O modelo da chamada administração gerencial, esse pleonismo que pretende constituir o fim da história da administração pública resgatou os princípios da administração por objetivos e para resultados e a idéia de responsabilidade pelo cumprimento de metas claras e precisas. Com esse perfil [do empreendedor], o gerente pode firmar um compromisso de gestão, no sentido de conferir orientação finalística à ação gerencial, pois passa a responder por resultados perante a sociedade” (COSTA, 2000, p. 270).

Sobre a nova condição sócio-econômica por que vem passando o mundo na década de 80, encontramos em Santos (2009) o que nos conduz a um esclarecimento sobre o pensamento sobre as políticas públicas. A autora expressa que

“São disseminadas e fortalecidas as ideias de que o investimento em uma seguridade social generosa implica em menor crescimento econômico e da oferta de emprego, e de que o Estado tende a ser menos eficiente que o mercado. A propagação dessas ideias neoliberais gerou uma menor confiança na capacidade de gerenciamento do Estado. [...] Como consequência, corroborou-se a crença nos valores individuais e em soluções de mercado, sob o argumento de que, para combater as deficiências identificadas na gestão feita pelo Estado, é preciso reformá-lo e retirá-lo da execução, expondo a execução de serviços à concorrência entre entes privados” (SANTOS, 2009, p.20).

Ainda nos estudos de Santos (2009), a autora diz que: “Como já salientado, a proposição da retração do papel do Estado sobre a administração e provisão da seguridade social e sobre o melhor comportamento dos mercados, se baseou em um dos eixos do paradigma neoliberal, que é a crença de que a produção é feita com maior eficiência no setor privado que no público.”

Um exemplo dessa corrente é a associação do setor privado à maior eficiência na alocação de recursos sob o argumento que, uma vez que os provedores estejam expostos às forças de mercado, tal exposição gera concorrência, o que faria com que a alocação de recursos se tornasse mais eficiente.

É central nessa discussão que as ideias neoliberais colocam que a eficiência depende da exposição dos provedores à concorrência de mercado e pressupõem que o sucesso dos efeitos da concorrência – isto é, a eficiência – não ocorreria no setor público, motivo pelo qual defendem a maior exposição dos provedores às forças de mercado como forma mais eficiente de alocar os recursos (SANTOS, 2009, p. 24).

Para Navarro, Muntaner e Armada (2001) trata-se de uma cultura construída por intermédio do neoliberalismo de que o privado é sempre melhor que o público, “The arguments for the effectiveness of such changes follow the neoliberal paradigm that assigns to the private market the ability to best allocate and use resources, even in the field of public health’ (NAVARRO; MUNTANER; ARMADA, 2001, p. 729).

Mas, para além de ser uma questão de cultura que “brota no seio do povo”, há uma construção sistemática dessa cultura, onde o papel de intelectuais que substanciem esse ideário, se faz necessário.

Lima e Ribeiro (2004) defendem que o modelo de administração tido como burocrático, o qual caracteriza a nossa administração pública é *per si* ineficiente, sendo os novos modelos de gestão que incluem a lógica de mercado, como a alternativa fortuita para a solução da prestação de serviços de saúde. A mesma rechaça a volta de modelos “antigos” de gestão, em suas palavras:

“que deveriam voltar ao esquema tradicional de gerência com toda a conhecida ineficiência e inadequação” (LIMA; RIBEIRO, 2004, p. 02).

As autoras reforçam a máxima de ineficiência do setor público ao dizerem: “parece haver consenso de que o hospital é a mais complexa das organizações de saúde e os modelos de gestão adotados pelos hospitais públicos são antiquados e inoperantes. É também consenso a necessidade imperiosa de flexibilidade gerencial e priorização de metas de qualidade” (LIMA; RIBEIRO, 2004, p. 02).

Ora, discordamos, veementemente, de tal afirmação de que há consenso que é imperiosa a necessidade de flexibilidade gerencial para os hospitais. É irresponsável afirmar que há consenso quando é clara a diversidade de apontamentos, por muitas vezes divergentes, na literatura sobre essa questão.

O que se poderia dizer é que há em curso uma agenda neoliberal (que apesar de suas reformulações em cada país e tempo histórico que considerarmos) em busca de hegemonia, “cuja novidade está não apenas na generalização mundial de uma mesma agenda de reforma, mas também no foco central no “gerencialismo”, advogando que as estruturas burocráticas hierárquicas tradicionais, com seus procedimentos normativos e rigidez inerentes, são danosas aos interesses públicos, ineficientes e inefetivas” (ALMEIDA, 1999, p.264).

E é importante salientar que uma maneira de justificar e “conquistar novos corações” para a defesa dessas medidas é que “a mudança central do foco de atenção é das atividades ou “produtos” das agências governamentais (*output*) para os resultados dessas atividades (*outcomes*) (KETTL)” (apud ALMEIDA, 1999, p. 264).

Costa (2000) em sua defesa, traz dois argumentos mais para reforça-la, “do ponto de vista da descentralização administrativa, é preciso adotar modelos organizacionais de alta capilaridade, capazes de assegurar um elevado grau de resolubilidade de demandas nas unidades operacionais, valendo-se de parcerias e alianças” (COSTA, 2000, p. 269).

E traz um outro argumento que se encerra numa das definições básicas da reforma, que assume o termo de democratização, mas que se trata da entrega à sociedade organizada no terceiro setor e ao mercado a responsabilidade pela oferta ou administração dos serviços. Sobre a democratização o autor coloca essa medida como “uma das mais difíceis de se alcançar, considerando a cultura política de clientelismo e oligarquização como um dos principais entraves à essa democratização que se caracterizaria pela maior abertura à “competição e à participação” (COSTA, 2000, p. 268-269).

A redefinição do papel do Estado em campo sanitário, nos marcos da ênfase na regulação e no enfoque seletivo, se insere na perspectiva de legitimação da política econômica restritiva, ou seja, é coerente com a mudança da função distributiva do Estado (privilegiamento do setor privado, da diversidade, da competição de mercado e da concentração da ação estatal no combate à pobreza); mas busca também o consenso para a sua implementação, ao incluir os principais tópicos presente no debate crítico setorial e pactuar uma ação articulada entre instituições, sobretudo em nível internacional (ALMEIDA, 1999, p. 281).

Cabe, portanto, à defesa de uma ou outra proposta, a decisão política de qual ideologia apóia, pois ambas são tecnicamente viáveis, para aquilo que se propõem a defender ideologicamente. O discurso defendido realça as potencialidades de cada medida. (SANTOS, 2012)

Em sua revisão de literatura, a autora encontrou que:

“A literatura consultada demonstra que embora haja divergências entre as abordagens teóricas e as visões ideológicas, existe um consenso entre os autores quanto à importância das reformas administrativas. Se para alguns autores a necessidade de se reformar o Estado foi determinada pelo fato do mesmo não ter sido capaz de oferecer serviços públicos de qualidade, para outros a reforma se colocou como uma forma de responder às pressões externas e internas seja do mercado internacional, de enfrentamento da crise econômica e consolidação do processo democrático e como ressaltado nesta tese, pela sobrevivência das elites políticas” (LAMARCA, 2009, p. 113).

O consenso que ora encontramos se faz nos artigos entre aquelas revistas e produção literária da área administrativa. Apesar de ainda assim se achar alguns poucos artigos que apesar de não discordarem explicitamente da reforma, levantam questionamentos fecundos sobre os reais impactos dessas reformas. Por outro lado, encontramos um consenso na literatura sanitária sobre os malefícios da reforma para as políticas públicas e para a saúde pública, com raras exceções, como o é o caso da tese de Lamarca (2009).

E mesmo a crítica feita a esses processos podem ser embasadas tecnicamente, como o fez a autora aqui:

Necessidade de desenvolver competências distintas das necessárias à prestação direta do serviço nos processos de terceirização. Qualquer terceirização, independentemente de seu desenho, pressupõe uma estrutura para gerenciar e acompanhar contratos. Essas competências estão muitas vezes pouco amadurecidas nos governos de países em desenvolvimento. Broomberg destaca que, nesses países, inexistem a maioria das condições necessárias à implementação de reformas de mercado e os custos dessas reformas, em especial os impactos sobre a equidade, tendem a criar problemas substanciais (SANTOS, 2012, p.15).

Andreazzi (2009), por seu turno questiona e revela o que há por detrás das justificativas para a privatização da saúde: “Não somente a suposta ineficiência do Estado (como vimos, dita própria de sua natureza) serve como justificativa das reformas privatizantes como, especificamente, toma-se, como pretensa meta, a necessidade, agora premente, de contenção dos custos crescentes da atenção médica” (ANDREAZZI, 2002, p. 64).

Ao se observar a literatura do campo da administração, encontra-se farto apoio às reformas de Estado como medida de saneamento do Estado. Mas cabe observar, como o fez Costa (2000) que a reforma não é única. De que possui etapas, apesar de entendermos que essas etapas não são estanques. Balizadas por esse paradigma, elas se traduzem em três estratégias principais: a reforma patrimonial, que se faz principalmente através de processos de privatização; a reforma fiscal, voltada para o aumento de receitas e a redução de despesas; a reforma gerencial, orientada para o aumento da eficiência dos serviços públicos. (COSTA, 2000)

Tal modelo híbrido, como definido por Abrucio (1997), é formado pela convivência entre setores administrativos atrelados a uma burocracia meritocrática, e outra parcela da

administração do Estado preenchida pelo sistema de “*spoil system*” (distribuição de cargos na administração federal aos partidários do candidato vitorioso) garantindo a politização do médio e alto escalão do organograma estatal, e em contrapartida, enfraquecendo a burocracia meritocrática baseada em carreiras estáveis. Se no Brasil a variável político-institucional mais importante é o presidencialismo, certamente o *spoil system* seria uma de suas principais características. Abrucio (1999) ressalta que a construção da administração pública brasileira foi realizada por meio de cargos e não de carreiras, o que significa dizer que no topo do organograma estatal muitas funções não são preenchidas por funcionários de carreira do Estado, mas por meio de nomeações¹, o que propicia a fragilidade burocrática diante das determinações das coalizões de governo (LAMARCA, 2009, p.01)

Este mesmo autor observa que o jogo de forças políticas e econômicas é decisivo nos rumos que a reforma pode tomar,

“A reforma do Estado se faz muito mais fora do que dentro do ministério ou secretaria aparentemente encarregado de operá-la — em grande parte, ela não se fazia no MARE, nas secretarias de Administração nem no atual Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. No nível federal, ela se faz sobretudo no Congresso, no Ministério da Fazenda, no Ministério da Previdência e no BNDES” (COSTA, 2000, p.268).

O jogo político e econômico justifica a necessidade de uma nova orientação voltada ao mercado, tentando demonstrar que o *welfare state* já mostrava sua “anacronicidade” com o novo paradigma que era imposto pela economia globalizada em níveis até então nunca vistos, fortaleceu-se mediadas de orientação ao mercado, em detrimento do fortalecimento do Estado provedor, de forma que “sob o argumento da maior eficiência, buscou-se aumentar a competição na produção de bens e serviços, inclusive dos de proteção social, e atender a demandas individuais específicas.

De acordo com Kaufman o debate sobre a reforma do Estado na América Latina e Europa Oriental foi fortemente influenciado por temas desenvolvidos pelas agências financiadoras internacionais, a saber: A descentralização e/ou privatização da burocracia encarregada da prestação de serviços sociais – pressupondo que as autoridades locais fossem sensíveis às demandas de seus eleitores, e que a competição entre os fornecedores aumenta a eficiência dos serviços (LAMARCA, 2009, p. 08).

Nesta nova modelagem do Estado, são considerados não exclusivos todos aqueles serviços que o Estado provê, mas que, como não envolve o exercício do poder de Estado, podem ser oferecidos também pelo setores privado e público não estatal (não governamental). Esses serviços compreendem aqueles prestados pelas áreas de educação, saúde, cultura e de pesquisa científica (BRESSER-PEREIRA, apud BRAGA, 2012)

A cultura de crise foi, nessa perspectiva, “condição para empreender mudanças consentidas, que adquiram o estatuto de *iniciativas positivas no enfrentamento da crise econômica*” (Mota, 2008, p. 72, grifos da autora). Assim, ao longo dos anos 1990, verifica-se uma mudança nas diretrizes do Banco Mundial, no sentido da construção de um consenso em torno de uma nova cultura, na qual as políticas sociais, exercidas mediante colaboração público-privada, ganhariam estatuto central na condução do projeto de desenvolvimento para os países capitalistas periféricos (Banco Mundial, 1997) e mais diretamente para o Brasil (Garrison, apud BRAGA, 2012).

Para outros autores, o processo de desestatização brasileiro teve incio no final da ditadura militar, e teve incentivo no governo Collor, mas que foi no governo FHC que se diversificou e ampliou esta prática, passando da desestatização de indústrias à desestatização dos serviços públicos, com criação de mecanismos legais para garantir o processo com acompanhamento e fiscalização do Estado destas medidas de desestatização (COSTA; PÉCI, 1999, p.192).

Pinto (1999), numa análise de 16 painéis que versavam sobre a relação de estado e políticas públicas ofertadas em serviços à população, o autor identificou apenas duas modalidades defendidas pelos painelistas: “aqueles que argumentam a favor de um Estado intervencionista restrito mas *Fortalecido*” (...) “e aqueles que defendem um Estado *minimalista*, em que às empresas ligadas ao mercado é permitido operar sem obstáculos.” (p. 141-142). Ou seja, nesse ambiente em questão, é notório que a diminuição do papel do Estado é a máxima defendida, sem muitos questionamentos.

Os debates, quando muito, destacaram o risco de que inovações do serviço público baseadas no mercado pudessem comprometer as responsabilidades sociais do Estado (PINTO, 1999).

Há uma defesa de um Estado forte para acompanhar a privatização e moldada pelas seguintes características:

“Num extremo desse *continuum*, estariam aquelas inovações apropriadas a *Estados fortes*, que detêm o controle do *fornecimento* de serviços, mas renunciam à *produção* e à *distribuição*. As seguintes modalidades de inovação, por exemplo, se aplicariam a esse caso:

- terceirizar a produção/distribuição de bens/serviços públicos para o público, com conservação do ativo;
- terceirizar os serviços de apoio interno, com conservação do ativo;
- contratação interna para a produção e distribuição de bens e serviços públicos, com tarifas de usuários para recuperação dos custos;
- contratação interna de serviços de apoio interno” (PINTO, 1999, p. 143).

Outra autora já citada nesse estudo, Justo (2008) mostra-se claramente simpática à reforma: A tentativa efetiva de reforma administrativa só viria a se tornar tema central no Brasil em 1995, após a eleição e posse do presidente Fernando Henrique Cardoso. Nessa ocasião tal reforma se apresentava essencial ao país, na medida em que buscava a consolidação do ajuste fiscal e a existência de um serviço público profissional, eficiente e moderno, embasado no atendimento das necessidades da população (BRESSER PEREIRA, apud JUSTO, 2008).

Numa obra de fins da década de 1990, os autores se dispuseram a analisar, segundo acontecimentos já consolidados em outros países, as tendências para as reformas de Estados dentro do setor de saúde (ALMEIDA, 1999).

Ainda que o empenho para “fazer com que o Estado funcione melhor” não seja novo na história moderna, nunca antes um movimento de reforma teve uma agenda tão homogênea, foi tão amplo e difundido tão rapidamente (ALMEIDA, 1999).

Essas mudanças interferem no papel do Estado, que **passa de produtor para comprador de bens e serviços produzidos e executados por outros provedores**, públicos e privados. Para exercer as novas funções e assegurar a sustentação equitativa do financiamento e da distribuição desses bens e serviços, é preciso investir na melhoria de capacidade de coordenação do Estado, função que ficou conhecida como de regulação” (SANTOS, 2009, p.25).

Sob o agumento da eficácia do setor privado, passa-se a fomentar a idéia de que Estado deve ser forte apenas para regular a prestação privada dos serviços. É sob essa lógica que se favorecem as parcerias com o setor privado onde, por exemplo, se encaixam as “gestões pactuadas” (SANTOS, 2009):

“Assim, não é porque o *welfare state* não foi desmontado que as ideias do neoliberalismo devam ser desconsideradas, pois estas vêm sendo paulatinamente disseminadas e incorporadas ao discurso da mídia de diversos outros atores (como academia, políticos, imprensa, movimentos culturais, etc.), os quais podem acabar por defender a maior capilaridade do mercado sobre a sociedade, em detrimento da organização e financiamento da proteção social entendida como direito de direito de cidadania. (SANTOS, 2009, grifos da autora)

A propagação das ideias do neoliberalismo contribui na difusão da ideia de ineficiência do Estado quanto à sua capacidade de gerenciamento, bem como reforça os valores individualistas e a crença no mercado como o ator que melhor faria a provisão dos bens e serviços sociais. Este movimento corrói a confiança na adequabilidade da proteção social ser universal e a sua concepção como um direito de cidadania, ao mesmo tempo em que fortalece a ideia de que a proteção social corresponde a um bem de responsabilidade individual.

Não há um setor saúde impermeável aos processos que se dão na sociedade como um todo, mesmo tendo particularidades materiais e simbólicas. (ANDREAZZI, 2012, p. 35)

Santos (2009) observa que na disputa entre projetos ideológicos,

“para garantir seu sucesso [o *welfare State*], o projeto não poderá mais desconsiderar o grau de exigência de demandas individuais, tampouco o contexto das sociedades atuais em que a precarização do trabalho e a desestabilização dos empregados (antes estáveis) são fatos que refletem a perda da garantia do pleno emprego e, sobretudo, do salário como vínculo de integração social.”) (SANTOS, 2009, p. 30)

Do panorama político

Sobre o tema das reformas, e terceirizações e privatizações, é certo que essas definições utilizadas de forma indistinta perdem seu caráter histórico de análise, entretanto, dentro de um olhar crítico sobre essa questão, em que nos debruçamos sobre um período de batalha entre dois pólos de ideais dentro da saúde, o sanitarista e o privatista, essa inespecificidade tem caráter histórico, onde é substancial as investidas liberais de enquadramento do setor saúde na lógica de mercado, sendo seara fértil para crescimento do Capital, e que representam uma síntese do leque de lutas que se tem a travar em defesa de uma política de saúde pública. (ANDREAZZI, 2012)

Para DEPPE (apud SANTOS, 2009), essa disputa visa “transformar o caráter de política de saúde de “compensação do risco social” em “fator de suporte para a acumulação do capital global privado” (SANTOS, 2009, p. 43).

É importante resgatarmos o que diz Scheffer e Bahia (2011) sobre a disputa de projetos quando da discussão da Constituição de 1988,

“A inclusão do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal representou a vitória das teses aprovadas na VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986. O SUS foi apoiado pela aliança entre os partidos com um perfil, então, progressista (PSDB, PT, PDT, PCB, PCdoB e parte do PMDB) no Congresso, aos quais se uniram o movimento sindical e alguns movimentos populares (como, por exemplo, o Plenário Pró-participação Popular na Constituinte). Essa coalizão conseguiu fazer frente aos setores mais conservadores do PMDB, PTB, PDS e PFL, que, organizados em torno do “Centrão”, defendiam os interesses do setor privado da saúde (SCHEFFER; BAHIA, 2011, p. 948).

A conformação constitucional implica que o SUS deve ter seus serviços prestados por entidades da administração pública, e os modelos constitucionais voltados para a prestação dos serviços de saúde pública são aqueles submetidos integralmente ao regime jurídico de direito público. [...] A escolha por um modelo permeado pelo regime privado não é, portanto, um imperativo, mas uma exceção permitida. Trata-se de uma escolha política pela exceção. (SODRÉ, 2013)

Costa (2000) inicia a sua crítica sobre o processo de reforma que teve impacto sobre as políticas públicas, afirmando que a reforma do estado brasileiro foi uma reforma em que teve intenção de escolher alguns pontos a discutir e esquecer outros, como diz “Ao estabelecermos uma agenda de discussão, estamos, de fato, censurando uma série de temas que não queremos debater” (COSTA, 2000, p. 267).

A crise do Estado é sobretudo de governabilidade, ou seja, é a incapacidade de regular as relações entre economia e sociedade e os conflitos distributivos a elas inerentes, no contexto da ordem democrática e de um mundo globalizado (COSTA, 2000).

Desse ponto de vista, a reforma do Estado passa por mudanças profundas nas relações entre Estado e sociedade e nos processos de afirmação de direitos civis, políticos e sociais, de

competição e representação política e de transferência de renda dentro da sociedade, vale dizer, de reformas no sistema político, no Poder Judiciário, na previdência social, no sistema tributário e no próprio aparelho do Estado (COSTA, 2000).

Ora, enxergamos e ratificamos que a reforma de Estado, ao adotar a crise de Estado como uma crise gerencialista, põe em xeque as medidas protetivas que um Estado provedor possa vir a conformar.

A pesar disso, há quem não enxergue esse perigo,

“Assim, o legítimo temor pela perda da proteção social derivada das privatizações e da competição de mercado não se sustentou nos sistemas de saúde bismarkianos (seguro social) e beveridgeanos (sistema nacional de saúde), pois as mudanças foram mais de cunho administrativo e econômico que de direitos à proteção social. Entretanto, esse temor é legítimo porque, mesmo havendo concordância que as reformas não desmontaram os sistemas de saúde desenvolvidos no pós-guerra do ponto de vista do princípio de universalidade na proteção à saúde e solidariedade na sustentabilidade do sistema, deve-se considerar cuidadosamente a penetração das ideias neoliberais no debate e no imaginário das pessoas.” (SANTOS, 2009, p. 41).

Entretanto, enxergamos que essa observação de Santos (2009) é localizada datada e desconsidera os novos eventos de medidas de austeridade que se abateram sobre a Europa em fins de primeiro decênio e início de segundo dos anos 2000.

O que reforça que não é apenas um receio pelo perigo de adesão do imaginário das pessoas, mas sim (ou também) de que as ideologias de austeridade próprias do neoliberalismo são factíveis de serem implantadas em defesa do Capital a qualquer momento em que se sinta necessário.

Da Reforma e as Terceirizações

Na literatura, apesar de não haver consenso sobre se a reforma de Estado realiza uma verdadeira privatização do setor público, havendo uma generalização quando o discurso tem origem entre os defensores da reforma sanitária, e uma especificação entre os defensores da

reforma de Estado, podemos encontrar um elemento que é consenso, as terceirizações. Como diria Andreazzi (2012) a terceirização da prestação de saúde é uma das características forte dos impactos das reformas de Estado, e no Brasil, foram o uso da modalidade de Organizações Sociais da saúde (OSS) o elemento mais característico dela, até então.

Assim é definido esse processo,

A descentralização da execução de políticas sociais, que significou para o sistema público de saúde a implementação da própria agenda do SUS, porém com um descompromisso financeiro da União que passava longe de sua proposta básica. E um decorrente aumento da participação das instâncias descentralizadas de Poder no financiamento da saúde (Faveret et al., 2001). Esta descentralização tomou também a direção de organismos paragovernamentais sem fins lucrativos, as Organizações Sociais, que foi o destino de algumas instituições federais de saúde de maior porte e complexidade (Ribeiro, 2001; ANDREAZZI, 2002, p. 71).

É importante definir o que são as OS. As organizações sociais são pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos, qualificadas como tal, para fins de celebrar contratos de gestão que tem por objeto a execução de serviços públicos de saúde, seja em equipamentos próprios, seja em equipamentos estatais.[...] No caso das OSs, a gestão é privada, com regime jurídico privado permeado por algumas derrogações de direito público. (SODRÉ, 2013)

Dessa forma, o sistema de saúde no Brasil se caracteriza pela introdução de mecanismos de mercado na provisão dos serviços; pelas proposições de renúncia do Estado à responsabilidade por essas funções e pelo fortalecimento da participação da oferta e das despesas privadas em saúde (CHERCHIGLIA; DALLARI, 2003, p. 316).

Talvez mais perigoso ainda seja o fato de que essa abordagem induz os contribuintes a considerarem a política pública como se fosse uma taxa para um determinado serviço em uma determinada situação, em vez de a entenderem como um conjunto de determinações que concerne ao que é melhor para a nação como um todo (CHERCHIGLIA; DALLARI, 2003, p. 316).

A adesão de OS e outros entes para administração de serviços de saúde, “resultam do jogo político que é complexo e multideterminado, que retarda e/ou impede a reestruturação dos serviços” ou seja não desenvolvem uma cultura própria do serviço público brasileiro de melhor

oferta do serviço à população, deixando-o dependente de entes externos, que conduzem a política de saúde numa direção ao mercado em detrimento do direito cidadão. (BRAGA, 2012)

Nesse sentido, o modelo das OS, estruturado a partir do *Plano Diretor* do MARE, vem servindo às mudanças no modo de produzir atenção à saúde e nas relações sociais que o envolvem, a partir da autorização legal que permite se inscreverem, nessa figura jurídica, desde cooperativas e associações de médicos até entidades civis de prestação de serviços médico-hospitalares, mediante declaração de filantropia e submissão a contrato de gestão envolvendo metas, prazos de execução, critérios de avaliação de desempenho e indicadores de qualidade e produtividade.

As OS de saúde (OSS) têm autonomia para contratar funcionários sem concurso público; obter recursos de fontes extra-orçamentárias provindas da venda de serviços e da celebração de convênios com planos privados de saúde e seguros-saúde; e comprar produtos sem licitação. A lei autoriza que o fundo público de saúde seja administrado por fundação que contrate diversos prestadores, ou mesmo diretamente por uma associação civil, sem restrição à aplicação de recursos no mercado financeiro (BRAGA, 2012, p. 86).

Somente a título de despertarmos para tal, se há consenso das OSS como ente importantíssimo nesse processo de terceirização, a nova discussão gerada em torno da EBSEH, aponta para um cenário que venha a comportar mais um ator importante nesse processo.

A EBSEH se enquadra dentro de mais um discurso gerencial industrial que fará a modernização da gestão dos recursos humanos. Primeiro são privatizados equipamentos, exames e terceirizada a contratação de pessoas — considerado o primeiro passo da privatização direta. O segundo passo foi a ameaça de entrega da gestão para uma organização social (OS) ou fundações — mas não foi firmado acordo pois as negociações do estado com a sociedade não foram favoráveis. Por último, o governo deu um passo atrás. Optou por uma privatização lenta,

menos aguerrida e mais tímida para evitar abrir um diálogo com a sociedade: a criação de uma empresa pública de direito privado - EBSEH (SODRÉ, 2013).

Da reforma e a Saúde

A literatura mais farta e robusta sobre a questão da Reforma de Estado e a saúde se concentra, assim de maneira mais específica, sobremaneira nos periódicos de saúde coletiva e nas teses defendidas em instituições de ensino públicas.

Ao iniciar o debate sobre o mix publico-privado, Santos (2009) ressalta que a análise dessas relações deve ser feita levando-se em conta o período historicamente que se implementa tais parcerias e o contexto sócio-econômico do país em que se faz essas parcerias. (SANTOS, 2009)

“Algumas dessas mudanças são estruturais e vêm ocorrendo desde o final do século passado nos sistemas de saúde de muitos países, em consequência do debate sobre o tamanho e as funções do Estado na sociedade. Correspondem a um movimento de rearranjo do sistema nacional de saúde, construído com base nos alicerces de proteção social do *welfare state*, para variações e adequações de seu modelo, tendo sido agregadas questões que despontam na sociedade a partir da década de 1980, comumente identificadas por valores do individualismo e da valorização do mercado e do setor privado. Estes são elementos centrais no ideário neoliberal, e uma crítica que se faz aos sistemas nacionais de saúde é que nestes nem sempre são admitidas tais questões, por terem como prioridade as demandas que são coletivas e maior dificuldade em atender às individuais. (SANTOS, 2009)

Sobre a discussão na saúde de que o SUS está em conflito com a política econômica, onde o SUS carrega em si um projeto societário que nega o neoliberalismo e que o neoliberalismo vem para acabar com o SUS (e outras políticas públicas) é importante ressaltar o que diz a autora sobre o fato de que:

“Por este raciocínio, **o desenvolvimento das sociedades capitalistas se dá com base em dois princípios organizadores, que são o liberalismo econômico e a proteção social, mas que não são antagônicos, pois compõem um duplo movimento, em que um princípio leva ao outro.** Enquanto o liberalismo foi desenvolvido de forma planejada, a proteção social foi uma resposta espontânea da sociedade, para proteger a classe trabalhadora. Portanto, **quando o *welfarianismo* e o neoliberalismo estiverem sendo tratados neste trabalho, são entendidos não como oposição absoluta, mas sim como uma lógica dialética da sociedade que se protege das mazelas da forma de produção e acumulação que desenvolveu** (SANTOS, 2009, p. 17).

Ou seja, de que um sistema de saúde público e universal é necessário ao Capital, de modo que a demanda por proteção social questiona a sanha neoliberal e justifica/obriga o desenvolvimento de uma mediação econômica, que podemos considerar, para nossa atualidade do Brasil o que se convencionou chamar de neo-desenvolvimentismo (SODRE, 2013).

Por outro lado, a comparação dos dados em seus estudos, Borges e Fernandes (2002) revelam que, enquanto a rede pública realizou, em todos os anos do período 1995-99, mais de 92% do número de procedimentos de assistência à saúde, cabendo à rede privada uma participação sempre inferior a 8%, quando considerada a participação no valor da produção ambulatorial a situação se altera substancialmente. Assim, no mesmo período, enquanto a participação da rede pública no valor global da produção ambulatorial cai de 61,7%, em 1995, para 55,7%, em 1999, a participação da rede privada vai de 38,3%, em 1995, para 44,3%, em 1999. O contraste é acentuado: menos de 8% de participação da rede privada no total de procedimentos realizados se transformam em mais de 44% de participação no valor (BORGES; FERNANDES, 2002, p. 578).

Para Carapinheiro (1998), a sensibilização e a adesão às políticas de racionalização dos recursos têm sido progressivas, notando-se maior permeabilidade dos vários grupos profissionais aos problemas da gestão hospitalar, nomeadamente dos médicos, mas nesse caso estabelecendo-se medidas cautelares de autonomia na gestão dos serviços (CHERCHIGLIA; DALLARI, 2003, p. 331).

Conclui-se que tais entidades empresariais vêm atuando no direcionamento da política nacional de saúde nas últimas duas décadas, buscando ampliar sua organização política e deslocar posições de confronto na arena da saúde para posições de colaboração. As noções de qualidade, eficiência e relação custo-benefício na assistência à saúde vão se tornando variáveis fundamentais na competição pelos recursos públicos e pela administração da assistência à saúde, graças ao

trabalho de difusão de valores e ideias relacionados à capacidade de gestão privada como parâmetro a ser seguido pelos serviços de saúde, sejam eles privados, públicos ou geridos mediante parcerias público-privadas (BRAGA, 2012).

Da eficiência da Reforma

Sobre a funcionalidade das medidas neoliberais para a economia: Um de seus opositores é Deppe (apud SANTOS, 2009), para quem as propostas de reforma da seguridade que defendem a substituição do Estado na organização das políticas sociais e a introdução de mecanismos de competição do mercado apenas pelo suposto maior ganho de eficiência que este pode gerar, conformam um processo de “economização” das questões sociais que, embora seja defendido com entusiasmo pelos neoliberais, não garante nem a melhoria das questões econômicas, tampouco a das sociais. O que exige uma nova política econômica. Se voltarmos essa análise para o Brasil, percebemos que as medidas neoliberais do tempo de Collor e FHC não foram capazes de promover o crescimento econômico que se alcançou com as medidas neodesenvolvimentistas do governo PT (SANTOS, 2009).

Quando observamos especificamente o setor de saúde, tem sido cada vez mais disseminada a crença no setor privado como alternativa ao descontentamento e às dificuldades encontradas no uso de serviços de saúde no setor público. Tal crença é reforçada pelo alto valor atribuído à escolha e pela convicção na maior eficiência do setor privado na gestão dos serviços, como apontou Maynard (apud SANTOS, 2008). Ainda, outro argumento também comumente utilizado em defesa do aumento do tamanho do setor privado e de sua autonomia é a sua suposta contribuição na diminuição da pressão sobre o sistema público.

Ao setor privado, entretanto, correspondem vários problemas sérios e que devem ser analisados. Um deles é a existência de evidências, como as mostradas por Maynard (apud

SANTOS 2008), que os princípios do setor privado não garantem que este resolva *per se* o problema de iniquidade de acesso aos serviços de saúde. Outro problema, apontado por Rodrigues e Santos (2008), é que, por operar sob a lógica de interesses privados, a existência e o funcionamento de serviços e profissionais de saúde no setor privado não são suficientes para que este se organize como sistema de saúde.

Ao contrário, a atuação do setor privado vai estar influenciada pela motivação que este setor tem; que é de obtenção de lucro, e jamais pela solidariedade ou pelo direito de cidadania, que são valores necessários a um modelo de proteção social que não atribua ao indivíduo toda a responsabilidade por sua saúde (SANTOS, 2009, p.41-42).

Noronha, Lima e Machado (2008, p.467) parecem sintetizar essa percepção, ao apresentarem as formas de organização do SUS, afirmando que pode-se dizer que os princípios e diretrizes da política de saúde foram construídos na contracorrente das tendências hegemônicas de reforma dos Estados nas duas últimas décadas, e sua implementação tem sofrido a influência dessas tendências (BRAGA, 2012, p. 79).

A autora observa que a análise ainda parca sobre as relações políticas entre entes privados de saúde e políticos do poder executivo e legislativo apontam para a criação de uma rede de defesa do interesse privado no setor saúde, defendido por esses políticos quer obtiveram doações desses setores privados (BRAGA, 2012, p.79).

Para discorrer sobre a eficiência da reforma em garantir serviços públicos mais efetivos, Costa, simpatizante da medida, abre a discussão do fato colocando algumas premissas:

“Nenhuma discussão sobre reforma do Estado pode deixar de levar em conta as mudanças no padrão tecnológico que condicionam a emergência da sociedade pós-industrial ou pós-moderna. Vivemos no mundo da aceleração, em que a velocidade das comunicações muda as formas de produção e distribuição, as relações de troca, as formas de habitar e participar, destruindo fronteiras, volatilizando capitais e minando o poder de intervenção do Estado”. (COSTA, 2000)

Esse é um modelo de gestão bastante utilizado pelas políticas econômicas desenvolvimentistas, aquelas em que o Estado assume o papel de ser um “Estado- empresa”, capturando os valores que se hospedam na reprodução social. Ou seja: visão de gestão mercadológica para reger as políticas sociais (SODRÉ, 2013).

No Brasil, a agenda de reformas do Estado, na década de 1990, esteve voltada para as questões relativas à crise fiscal e à necessidade de alcançar a austeridade orçamentária (Andrews & Kouzmin, 1998; Pierantoni, 2001; Diniz, 2000; CHERCHIGLIA; DALLARI, 2003, p. 315)

Muitas das mudanças são diretamente relacionadas ao papel do setor privado nos sistemas de saúde, como o aumento progressivo do peso do setor privado no financiamento total do setor de saúde e a tendência de transferência da execução, mais ou menos regulada, de serviços do setor público para o privado – como exemplo a privatização, que é um ponto amplamente defendido nas reformas administrativas e políticas dos Estados desde fins da década de 1970 e é quesito central nas reformas neoliberais. Estas mudanças resultam no imbricamento cada vez maior do Estado com os agentes privados na prestação e no investimento que se faz no sistema de saúde” (SANTOS, 2009, p. 04).

Como mostra Rodrigues (apud SANTOS, 2008), tais mudanças podem ocorrer para

- “contenção de custos”;
- quando é feita adaptação do Estado a demandas de mudança nos serviços oferecidos (“Recalibração”) e;
- quando as necessidades que haviam sido transferidas do mercado para o Estado, na formação dos *welfare states*, são devolvidas ao mercado (“Remercantilização”).

Entre essas, apenas a última forma de organizar as modificações diz respeito a transferência de bens e funções do Estado ao mercado. Assim, quanto mais próximas da remercantilização estiverem as modificações, argumenta Rodrigues, “mais elas se aproximam do

modelo proposto pelos neoliberais” por sua proposta de privatização de programas sociais e de redução do papel do Estado nos programas sociais 28” (SANTOS, 2009, p. 28).

O neodesenvolvimentismo como alternativa de disputa ao projeto idealizado pelos neoliberais, sem nega-lo, mas sim supera-lo em seu dogmatismo que desconsidera a necessidade de social para desenvolvimento pleno da economia capitalista, tem sido visto como capaz de dar seguimento a um crescimento econômico observando, minimamente, a questão social e do tratamento de suas expressões na saúde mediante políticas focalizadas, ainda que sob a oferta de entes privados.

A motivação das reformas do setor saúde, foram,, majoritariamente, para a autora, motivados pela redução de gastos no setor público de saúde.

A onda de reformas do setor de saúde que se alastrou pela Europa pelos anos 80 e 90, também tiveram reflexos no Brasil já na década de 90, no governo FHC. Na Paraíba, de forma tardia chega no começo da década de 2010. São essas medidas:

“Foi a partir dessa segunda onda que começaram a ser atribuídas novas funções ao Estado e ao mercado. Foram feitas modificações nos sistemas de saúde, tais como a passagem da função de provisão (que era do Estado) para o mercado, as privatizações e a consequente contratualização dos serviços. Foram incentivados o fortalecimento da auditoria médica, o uso de protocolos clínicos, a acreditação hospitalar e a avaliação de desempenho de instituições e serviços e, ainda, foram introduzidos mecanismos de mercado, de competição no setor público e foram criadas instituições para intermediarem a compra e a execução dos serviços” (SANTOS, 2009, p.33).

O discurso neoliberal de crise econômica/gerencial irrompeu na década de 1990, e o ajuste fiscal e enxugamento da máquina pública, inicialmente propostos para sua superação, foram ampliados pelo projeto de remodelamento do aparato do Estado e das suas funções, bem como na modificação de seu relacionamento com o setor privado, em especial no que tange às políticas sociais (MOTA, 2008; BRAGA, 2012)

Scheffer e Bahia (2011) concluem ter havido para as eleições de 2006 forte apoio financeiro de setores privados da saúde aos candidatos, e a percepção de apoios diversos, mas de

um mesma área, indicando que haja um lobby para que aquele candidato defenda interesses próprios de um subsetor da saúde (SCHEFFER; BAHIA, 2011).

A autora conclui que “as atuais terceirizações em saúde integrem um movimento de expansão do comércio internacional de serviços de saúde sinérgico à quebra dos monopólios públicos. Estabelecidas por contratos, as terceirizações representam uma mudança do padrão convencional originalmente preconizado para a participação complementar de prestadores privados no SUS. Criam um precedente que pode caracterizar o SUS como atividade de mercado” (SANTOS, 2012, p.105).

O setor saúde como um todo pode ser considerado um componente expressivo para a definição das condições de reprodução da população – da cesta de consumo das famílias, de despesas das empresas e dos orçamentos públicos. Os agentes econômicos dos mercados que o compõem, sendo contribuintes importantes para a conformação do produto interno, seria algo raro se passassem ilesos das transformações mais gerais ocorridas (ANDREAZZI, 2012, p.13).

Dos impactos da Reforma de Estrado na Saúde

A despeito das experiências já em curso e das análises em outros países, os autores puderam já traçar alguns impactos que a reforma trouxe para o Brasil,

“Assim, as transformações do *welfare state* ocorridas nas décadas de 1980 e 90 não desmontaram totalmente a sua estrutura e os seus princípios. A força do neoliberalismo em meio às transformações do Estado de Bem-Estar tem sido comumente propagada mas, na realidade, essas mudanças não têm sido suficientes para aniquilar os propósitos que orientaram o desenvolvimento dos Estados de Bem-Estar. Sua estrutura não foi abalada porque foram poucos os países que recuaram em relação ao que haviam construído no pós-guerra 15 e, como assinala Rodrigues, “tais mudanças representaram muito mais a exceção do que a regra das mudanças que vêm se processando nos sistemas de proteção social entre os países desenvolvidos” (SANTOS, 2009, p. 29)

Ora, essa afirmação de Rodrigues (Apud Santos, 2009) claramente é datada, e anterior à crise do Capital que se abateu sobre a Europa nos anos iniciais dessa década de 2010.

O autor aborda, através das entrevistas, a preocupação da relação público-privado: O principal receio dos gerentes, a exemplo dos trabalhadores, é de que as alternativas de financiamento utilizadas possam levar à privatização do hospital. Outro risco apontado pela gerência seria o surgimento de seletividade para a clientela do SUS. Cohn (1999), referindo-se à mesma medida tomada pelo HC/USP, questiona se essa política, sem o devido controle social, não levaria à “privatização dos serviços” por práticas gerenciais que permitissem a seletividade do acesso da clientela, temor, este, partilhado pelos entrevistados (CHERCHIGLIA; DALLARI, 2003, p. 328).

É interessante notar que entre os trabalhadores e a gerência o medo da privatização e da seletividade do HC parece ser vencido por um certo pragmatismo, ou seja, a possibilidade de manter o hospital funcionando, aberto para o SUS, justificando assim a “abertura para os planos e seguros de saúde” (CHERCHIGLIA; DALLARI, 2003, p. 328).

“A major consequence of these social policies validated by the WHO is the growing privatization of social services in Latin America” (NAVARRO; MUNTANER; ARMADA, 2001, p. 745).

“The World Bank and other IFIs, along with the WHO and international corporations, have engaged in a common quest to replace the traditional role of the public sector in the welfare state with private control of the provision of social services” (NAVARRO; MUNTANER; ARMADA, 2001, p. 751).

Outro estudo que se propõe a avaliar o impacto das OSS em São Paulo, onde o modelo foi largamente aplicado, é o estudo de Lima e Ribeiro (2004). Mas a avaliação das autoras se faz unicamente pelo acompanhamento do atingimento das metas. Ora as metas são indicadores do atendimento, não levando em conta condições maiores de relevância, como questões trabalhistas, sociais e econômicas.

O termo de compromisso de metas é um instrumento imbuído da lógica da reforma. Utiliza-lo como parâmetro de análise do bom resultado ou não da gestão via OSS é arbitrário e não pode ser considerado como elemento eficiente e fidedigno de análise. “O reconhecimento da necessidade premente de novas modalidades de gestão e a experiência com os contratos de gestão impulsionaram a estratégia de abordagens inovadoras” (LIMA; RIBEIRO, 2004, p. 07).

Os mesmos modelos de reforma têm sido difundidos e preconizados para a América Latina pelos organismos internacionais, sobretudo o Banco Mundial, e estão atrelados aos planos macroeconômicos de estabilização e ajuste, principalmente no que diz respeito à retirada do compromisso do Estado com a prestação da assistência médica à população, com a reestruturação do *mix* público e privado e a focalização da ação pública nos pobres e mais necessitados (pacotes básicos, subsídios, etc) (ALMEIDA, 1999, p. 269).

É necessário ter presente que essas mudanças, já em curso, podem implicar numa diluição da ação do Estado, com perda ainda maior de sua capacidade redistributiva, e consequente aumento das desigualdades no setor (ALMEIDA, 1999, p. 281).

Em artigo recente, Santos (2012) traz uma constatação interessante para reflexão, de que “a maioria das decisões sobre terceirização permanece sendo tomada de forma *ad hoc*, sem embasamento técnico em processos de avaliação” (SANTOS, 2012).

Mas, na verdade, há teoria e experiências empíricas que podem servir de base para construção de um pensamento sobre a reforma do Estado e seu impacto no setor de saúde. Entretanto, o que se observa é que cada ponta desse binômio tem sua defesa, embasada ideologicamente e tecnicamente (SANTOS, 2012).

Alguns autores acrescentam as dificuldades consideráveis em garantir posturas éticas das organizações quando muitas funções são simultaneamente terceirizadas em um ambiente de controle regulatório insuficiente ou pouco efetivo. Estudos internacionais indicam que as maiores oportunidades de corrupção na economia situam-se nas interfaces público privadas, destacando

que “incentivos para a oferta de propinas ocorrem toda a vez que agentes do governo possuem poder econômico sobre uma empresa privada ou indivíduo”. Essas interfaces não necessariamente diminuem, mas podem se intensificar em situações de terceirização de serviços. (SANTOS, 2012, p.16).

Os custos de perda da coordenação no sistema de saúde. Poderíamos acrescentar aos custos de transação e do oportunismo os custos da perda de coordenação advindos da transição de um modelo de coordenação hierárquica burocrática da administração pública para um modelo mais flexível, descentralizado e fragmentado. A fragmentação dos sistemas de saúde, juntamente com o envelhecimento das populações e a incorporação tecnológica, é considerada um dos principais determinantes do aumento dos custos dos serviços de saúde (SANTOS, 2012, p.17).

5 - O PENSAMENTO DE BRESSER-PEREIRA

Na leitura do capítulo anterior, onde foi possível termos idéia das diferenças entre as análises, chegando a constituir-se uma dicotomia entre os ideários sanitaristas e liberais, é notório que para uma e outra defesa um autor em particular é corriqueiramente citado, ou figura dentro da bibliografia utilizada por aqueles autores. Trata-se de Luíz Carlos Bresser-Pereira, Ministro da Administração Federal e Reforma de Estado, no governo de Fernando Henrique Cardoso. Este ministério teve sua existência até realizada a Reforma, por solicitação do mesmo. Ou seja, é ululante a personificação desse processo na figura do então ministro.

Portanto, seria um descuido (para se dizer o mínimo) queremos tratar deste assunto, sem resgatarmos o pensamento de Bresser-Pereira.

A busca criteriosa do material produzido pelo autor, nos revelou grande seara com tratativas sobre economia, política, políticas sociais, Estado e tantos outros. Portanto, resgatar o seu pensamento seria tema para uma nova dissertação.

Foi preciso, então, adotarmos critérios para afunilarmos rumo ao objetivo desse estudo. Desta forma, achamos por bem abordarmos inicialmente o que o autor traz sobre o histórico das reformas de Estado que o estimularam, culminando com sua defesa da adoção do modelo de Organizações Sociais da Saúde para a prestação destes serviços em substituição à prestação estatal.

Bresser-Pereira, em seus relatos sobre o processo de implementação de Reforma de Estado, o faz com afluída paixão. Em seus relatos, realmente, se percebe que o mesmo tomou para si essa tarefa, e, a menos que seja o costumeiro nas discussões políticas sobre decisões desse calado tamanho empenho pessoal, pode-se dizer que ele foi um tenaz consensuador dentro do próprio governo de Fernando Henrique Cardoso.

“Na primeira reunião da Câmara da Reforma do Estado, em fevereiro de 1995, quando o Governo Fernando Henrique começava, declarei que pretendia, na reforma da administração pública, dar prioridade à área social. Argumentei, para

justificar minha opção, com o fato de que isto seria consistente com um governo social-democrático”. (PEREIRA, s/d)

Uma leitura em seus textos e percebe-se que ele procura dar um caráter progressista à sua proposta de Reforma de Estado, enfocando com frequência que o que se está propondo com esta reforma de cunho “meramente gerencialista” é otimizar a prestação de serviços públicos à população. É esta imagem que o mesmo procura repassar aos demais governista, com grande empenho, apesar da resistência mesmo interna do governo:

“A estratégia que adotei não foi convencional, inclusive. Quando retornei dessas viagens, escrevi um documento, que é um dos capítulos do meu livro Reforma do Estado para a cidadania (Editora 34, 1998), com os grandes princípios da reforma da gestão pública. Nessa época, pedi para fazer uma palestra sobre o assunto no Ministério da Saúde. Apesar de tê-la feito com todo entusiasmo possível, os sanitaristas brasileiros consideraram-me “neoliberal” e só fizeram críticas à minha proposta. Fiz outra palestra aproximadamente um mês depois, no salão Petrônio Portella do Senado, onde acontecia uma grande reunião do sistema de seguridade brasileiro e a reação foi semelhante.” (PEREIRA, 2008, p. 08).

Nesse trecho do relato do autor fica sutilmente aparente a dicotomia que existe, na saúde, entre as diferentes propostas (sanitarista e neoliberal). Apesar de haver argumentação para classificar as medidas democrático-sociais do PSDB durante seu governo no Brasil, de 1995 a 2002, fica claro, também, que pela ótica sanitaria, que compunham em certa medida altos escalões do governo, apesar de nova roupagem, tais medidas são enquadradas como neoliberais, sim.

Mas, já adiante-se aqui que o papel de convencimento e inserção de novos sujeitos políticos no cenário político puderam alavancar essas propostas dentro do campo da saúde. É o que nos faz perceber o discurso de José Serra (então assumindo o Ministério da saúde):

“Sendo parte do contrato que cada indivíduo tem com a sociedade, tais garantias e recursos passam a ser uma obrigação do Estado para com todos os cidadãos. Se não provendo diretamente todos os recursos para a concretização daqueles direitos, cabe ao Estado, no mínimo, regular a prestação dos serviços que garantam os direitos sociais aos cidadãos.” (PEREIRA, 2008 a, p.29).

Percebe-se, como veremos logo mais adiante, que havia um esforço de Bresser-Pereira para que suas propostas não fossem vistas como neoliberais. E essa tarefa de convencimento foi mais difícil dentro do campo da saúde, pois como ele mesmo disse, é um campo de altos recursos financeiros e de grandes embates ideológicos. Entretanto, eram a Saúde e a Educação os dois setores das políticas sociais os quais sua proposta de Reforma eram mais direcionadas, e precisavam ganhar adeptos dentro desses campos e ministérios:

“E passei à tarefa de persuasão do Ministro Adib Jatene, de seu Secretário Executivo, José Carlos Seixas, e do Secretário diretamente responsável pelo SUS, Eduardo Leukowitz. Para isto, pronunciei duas conferências para o pessoal da saúde, escrevi um paper, conversei várias vezes com o Ministro Adib Jatene, e mantive duas longas conversações com José Carlos Seixas” (PEREIRA, s/d, p. 04).

Fica claro, portanto, que não apenas intelectual formulador da proposta, ele foi também importantíssimo agente político e executor da reforma.

Além das articulações políticas que haviam nas salas e corredores ministeriais e do legislativo, Bresser-Pereira produziu farto material para justificar e embasar a Reforma de Estado, recorrendo a um histórico de política de Estado mundial e interpretações econômicas da situação brasileira. Além disso, teve importante papel de propagandista, criando “cartilhas” e escrevendo notas para jornais e aceitando convites para entrevistas, onde os ideários da Reforma eram passados numa linguagem mais simples e de fácil assimilação.

Nos voltemos agora, um pouco sobre os argumentos históricos que o mesmo nos traz para defender a necessidade imperiosa de uma Reforma de Estado em nosso país.

Para Bresser-Pereira,

“O grande estado democrático social se tornou realidade nos anos 1960. No plano administrativo, entretanto, continuava a ser o Estado burocrático, um Estado efetivo, mas não eficiente, uma forma administrativa de Estado compatível com o pequeno Estado Liberal. Aos poucos, entretanto, foi se verificando que essa situação era incoerente e insustentável. O aumento do tamanho do Estado tornara necessária e urgente maior eficiência na administração dos gastos públicos e, principalmente, dos gastos sociais. O Estado burocrático estava preocupado fundamentalmente não em ser eficiente, mas em ser efetivo, garantir sua autoridade e a lei. O Estado democrático social do final da segunda metade do século XX ou do começo do século XXI, além de garantir a lei, deve prestar

serviços com eficiência. É necessário, portanto, que se envolva em uma segunda e grande reforma, a reforma gerencial, que terá como resultado, nos países que já estão avançados na sua realização, o Estado gerencial” (BRESSER-PEREIRA, 2008, p. 02).

Ou seja, um Estado mastodôntico não seria mais capaz de dar respostas eficientes em tempo hábil às demandas crescentes de uma sociedade. Isso ele se arvora na experiência de Nações do centro do capitalismo. Quando se observa a realidade para as Nações periféricas do sistema, ainda mais se faz imperiosa essa Reforma:

“O jornal inglês The Guardian resumiu os princípios do novo trabalhismo britânico, que sob muitos aspectos tem servido de referência para as reformas empreendidas no governo Fernando Henrique, nos seguintes termos: política econômica prudente e estável; ênfase nos investimentos em educação, treinamento profissional e infra-estrutura e não em política industrial; renovar o Welfare State senão a direita acaba com ele; reinventar o governo e descentralizar de forma que o que conta no Estado (a área social, além das funções clássicas de garantia da propriedade e dos contratos) funcione; ser internacionalista, opondo-se ao isolacionismo da direita inglesa. Vemos, por essa citação, que a reforma gerencial (reinventando o governo, descentralizar) para viabilizar a ação social é central nos novos programas da centro-esquerda social-democrática ou social-liberal (BRESSER-PEREIRA, s/d, p. 01).

Numa análise da situação econômica e política do Brasil (Quadro 01), ele justifica, através da crise pela qual o país passa, a adoção de uma Reforma de Estado de cunho gerencialista:

“A partir de 1980, o país praticamente para de crescer. Antes dessa data, o PIB *per capita* evoluía 4% ao ano, e daí para frente, passou a aumentar menos de 1% ao ano. O grande problema então era, de um lado, a crise da dívida externa – uma crise do Estado-nação - , e do outro, a crise fiscal do Estado, a qual logo se transformou em crise administrativa do Estado, na medida em que as dificuldades fiscais desorganizavam o aparelho de Estado. Logo a saída seria a reforma do Estado, aqui definida não apenas como o seu aparelho (organização constituída de políticos, funcionários civis e militares com poder de legislar e tributar), mas também como o sistema constitucional-legal do país. Primeiro, por meio da Constituição de 1988, e , depois através das reformas liberais dos anos 1990, o Estado enquanto sistema institucional-legal foi amplamente reformado. Em 1995, começamos a reforma gerencial (PEREIRA, 2008, p.04).

Quadro 01: Definição das características da crise de Estado, segundo Bresser-Pereira (1998)	
---	--

Crise Fiscal	Caracterizada pela crescente perda do
--------------	---------------------------------------

	crédito por parte do Estado e pela poupança pública que se torna negativa
Crise da estratégia estatizante de intervenção do Estado	Caracterizada pela crise do Estado do bem-estar social nos países desenvolvidos, a estratégia de substituição de importações no Terceiro Mundo, e o estatismo nos países comunistas.
Crise Gerencial	Caracterizada pela crise da forma de administrar o Estado, isto é, por meio do advento de disfunções da burocracia estatal.

Vale salientar, portanto, que a proposta de cunho liberal que o mesmo quer importar para o nosso país, se propõe a ser uma reforma que nos permita conviver melhor com a crise (ver quadro 02), adaptando o país às novas demandas do capitalismo internacional. Não se propunha, de forma alguma a grandes transformações estruturais.

Quadro 02. Medidas de adequação nacional para superação da crise, segundo Bresser-Pereira	
1	Ajustamento fiscal duradouro.
2	Reformas econômicas orientadas para o mercado, que, acompanhadas de uma política industrial e tecnológica, garantam a concorrência interna e criem as condições para o enfrentamento da competição internacional.
3	Reforma da previdência social.

4	Inovação dos instrumentos de política social, proporcionando maior abrangência e promovendo melhor qualidade para os serviços sociais.
5	Reforma do aparelho do Estado, com vistas a aumentar sua governança, ou seja, sua capacidade de implementar de forma eficiente políticas públicas de maneira conjugada com a sociedade.

Quando questionado, numa entrevista concedida a um mestrando de programa de ciências políticas, ele foi categórico em explicitar o alcance de sua reforma, nos seguintes termos, “A Reforma Gerencial de 1995 sempre foi uma reforma incremental. Ninguém estava pretendendo fazer revolução” (PEREIRA, p. 02).

De forma que, se não se propõe a uma “revolução”, como o mesmo disse, é preciso situar a sua crítica ao antigo que quer que seja superado para dar espaço ao novo que ele traz consigo (ainda que saibamos que o novo proposto não sejam novidades estruturais). Assim segue a crítica ao papel do Estado sobre sua responsabilidade sobre as políticas mitigatórias das questões sociais:

“A velha estratégia de montar planejadamente um sistema de oferta de serviços hospitalares e ambulatoriais hierarquizado e regionalizado jamais funcionou. As tentativas foram muitas, mas, seja pela falta de recursos do Estado, seja pela rigidez e ineficiência da administração estatal direta de serviços sociais, esta alternativa centralizadora não logrou ser implantada no Brasil. Em seu lugar surgiu um sistema caótico de oferta de serviços de saúde por entidades privadas e públicas não-estatais” (PEREIRA, 1998 a).

Aqui, temos um ponto que chama-nos a atenção. Além da já esperada crítica ao Estado ineficiente, como uma constante no discurso liberal, surge o que parece ser uma crítica à condução das políticas sociais e seus decorrentes serviços, por entes privados. De forma, que é preciso uma leitura atenta para delimitarmos essa crítica.

Mas, ainda assim, fica claro em seus escritos que o mesmo não defende, como o mesmo acusa os neoliberais de o fazer, um Estado mínimo. Pelo contrário, ele defende segundo seus

trabalhos, um Estado dentro do necessário, e dentre o que se entende por necessário, o mesmo divide os setores onde é preciso a intervenção estatal e onde não é (Quadro 03).

Quadro 03: Definição de setores estatais, e seus respectivos diagnósticos e proposições segundo o Plano Diretor de Reforma do Aparelho de Estado		
Núcleo Estratégico	Trata-se do governo, em sentido amplo. É no núcleo estratégico que as leis e as políticas públicas são definidas e seu cumprimento é cobrado. É, portanto, o setor onde as decisões estratégicas são tomadas.	Poderes Legislativo Judiciário Ministério Público Poder Executivo
Atividades Exclusivas	Trata-se do setor no qual são prestados serviços que só o Estado pode realizar, ou seja, aqueles em que se exerce o poder de regulamentar, fiscalizar, fomentar.	Por exemplo, podemos citar as Autarquias.
Serviços Não-Exclusivos	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, mas este se faz 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 pela via do mercado.	São exemplos desse setor as a saúde e educação, onde figurariam por exemplo, as Organizações Sociais.
Produção de Bens e Serviços para o Mercado	corresponde à área de atuação das empresas estatais do segmento produtivo ou do mercado financeiro. É caracterizado pelas atividades econômicas voltadas para o lucro que ainda	Como exemplo podemos citar a EMBRAER, PETROBRAS, EBSEH.

	permanecem no aparelho do Estado.	
--	-----------------------------------	--

Numa entrevista concedida em 2004 o mesmo exemplifica, de forma a simplificar sua teoria:

“Não há razão para ter médico, enfermeira ou músico de orquestra sinfônica como funcionário público. Não são tarefas exclusivas do Estado, porque não envolvem o poder do Estado. Mas não devem ser realizadas pelo setor privado. Tenho horror a pensar em lucro quando estão cuidando da minha saúde, de minha mulher ou de meus filhos. Há funções que só servidor público e político, quando eleito, podem fazer. Mas não incluem, necessariamente, a prestação de serviços” (MANSUR, 2004, p. 02).

Para Bresser-Pereira (1998 a), “ainda que vulgarmente se considerem apenas duas formas, a propriedade estatal e a propriedade privada, existe no capitalismo contemporâneo uma terceira forma, intermediária, extremamente relevante”. Ele está falando do terceiro setor como este híbrido que poderia manter a eficiência do privado sob financiamento e fiscalização do público.

Num artigo relativamente recente, à folha de São Paulo, em 2011, Bresser-Pereira tece críticas à iniciativa de 4 estados que estão se propondo a fazer Parcerias Público-Privado (PPP) para a saúde. O mesmo tece as críticas, separando, categoricamente que tais medidas vão de encontro à reforma gerencial proposta e formulada por ele, e conduzida pelo então governo de Fernando Henrique Cardoso, de 1995, pois posto que lá propunha-se que entidades não-governamentais ofertassem os serviços de saúde. Para o mesmo, é categórico que empresas e Organizações Sociais são diferentes. Curiosamente, ele usa esses argumentos para questionar:

“Por que objetar contra a transformação de hospitais subsidiados pelo Estado em empresas? Porque na saúde, como na educação, o mercado não é um bom alocador de recursos. Principalmente, não garante a qualidade que os serviços de educação e de saúde devem ter. Com as PPPs na saúde, informa-nos o consultor de empresas que está assessorando o processo de privatização, os governos estaduais buscam “uma nova fonte de financiamento para a saúde, melhores resultados, e a possibilidade de estarem atualizados com a tecnologia”. Maravilha! O lucro privado tem sempre “razões” incríveis a seu favor. Muitas vezes boas razões. Mas, neste caso, razões contra a cidadania” (PEREIRA, 2011, p. 02).

O que é curioso, posto que sua crítica, do *locus* de social-democrata que ele é, a essa medida, considerada por ele como neoliberal, é a mesma que os sanitaristas fazem à sua defesa das OS, por exemplo. Sendo por isso considerado por sanitaristas como neoliberal. Como pudemos observar já no capítulo anterior, o que foi uma crítica (a de que a proposta de reforma de Bresser-Pereira era de cunho neoliberal) no início das proposições por membros de seu próprio governo, continua persistente entre os sanitaristas da atualidade.

Durante uma entrevista concedida há um pouco mais de tempo, em 2004, para ser mais preciso, Bresser-Pereira tece novamente críticas à lógica neoliberal aplicada à saúde, e reforça que sua lógica não-neoliberal, mas sim social-democrática com cunhos liberais, é mais condizente com a realidade de nosso país. Questionado, portanto sobre o papel do Estado e do terceiro setor na provisão dessas políticas, o mesmo responde que é equivocada uma política neoliberal para a saúde pública:

“A política equivocada, neoliberal e contrária aos interesses nacionais mantém o país estagnado economicamente e reduz as possibilidades do Estado fazer o que tem de ser feito na saúde. Isso é uma violência contra o país e contra a saúde” (MANSUR, 2004, p. 07).

Ele tenta reforçar a diferença entre ser neoliberal e social-liberal, abordando a lógica de que o ideário neoliberal é reforçado diante de um Estado mastodôntico e ineficiente. De forma que ele induz uma apresentação do social-liberalismo com a alternativa à sanha neoliberal:

“Uma das resistências da sociedade em pagar impostos, além do natural individualismo, é a convicção de que o dinheiro recebido pelo Estado é mal gasto. Quando se verifica o contrário, o pressuposto neoliberal da ineficiência intrínseca do Estado é refutado, e abre-se espaço para uma ação social efetiva do Estado” (PEREIRA, p. 04).

Ainda na defesa das diferenças entre a lógica neoliberal e social-liberal, ele procura numa experiência de São Paulo a explicação das diferenças:

“A reforma do SUS, [...] , nada tem a ver com o PAS - Plano de Atendimento de Saúde, implantado no município de São Paulo em 1996. Neste sistema, não há separação entre oferta e demanda. O atendimento de saúde básico e os serviços hospitalares menos complexos são **privatizados**, através da formação de cooperativas de médicos. Como as cooperativas recebem do município por

cidadão residente em sua área e não por serviços prestados, cada uma delas seria, em princípio, um sistema de seguro subsidiário ao SUS. Na verdade, não é isto que acontece, já que a cooperativa não é obrigada nem tem condições de oferecer **atendimento integral**. Como cooperativas são **organizações privadas**, que distribuem seu excedente entre os cooperados, o estímulo implícito é o de atender o mínimo, transferindo para fora do PAS, para os hospitais do Estado ou da União, os atendimentos mais complexos. Temos, assim, um sistema caro e perverso, que não garante o uso ótimo dos recursos escassos existentes, e permite ganhos descontrolados aos membros das cooperativas (PEREIRA, p. 06) [grifos, em negrito, nossos]

Se observarmos bem, os termos que foram marcados em negrito por nós são relevantes a partir do momento em que esses elementos com os quais Bresser-Pereira constrói sua crítica a essa experiência em São Paulo, são os mesmos elementos utilizadas pelos estudos e pesquisas de sanitaristas, mas que no bojo das análises sanitaristas abrangem também as medidas sociais-liberais que Bresser-Pereira defende, Donde a classificação das medidas dele como neoliberais.

Mas, ainda resgatando a sua argumentação sobre o caráter não-neoliberal de suas medidas, o autor identifica como na linha neoliberal os países grandes capitalistas da economia central como os defensores dessa política para os países alheios. Num apelo de globalização e abertura de mercados, ele defende uma onda de nacionalismo, para que cada país pense sua própria política e economia. Nesse ponto ele defende uma política pensada por ele e que a abertura do Estado ao mercado é na verdade uma estratégia de, através da competição (única maneira segundo ele de estimular a eficiência do Estado) garantir, por exemplo, uma política universal de saúde (PEREIRA, 2008, p. 08 - 10).

Para Bresser-Pereira (Cap14), o tratamento a reforma de Estado e da reforma do setor de saúde deve fugir às questões ideológicas, e cederem a uma questão pragmática de análises econômicas, as quais são factuais e *per si*, substanciam a propositura de reformas. Ele diz que: “Além disso, como trata de um direito humano fundamental, e com grandes somas de recurso, é um ministério altamente politizado e ideologizado, o que em muito dificulta sua administração” (p. 03).

Ele tenta atrelar a questão ideológica como sendo uma das causas da ineficiência da Saúde brasileira. Essa argumentação, como vimos no capítulo anterior, é desenvolvida por outros teóricos, que se vestem de neutros ideológicos, não reivindicando qualquer corrente de pensamento para si – o que é contrário a Bresser-Pereira. Ele apregoa não ser neoliberal, e sim um liberal social-democrata.

Assim, o mesmo (PEREIRA, 1995) trata da prestação de serviços de saúde numa lógica de não-estatal com inclinação ao mercado, ainda que – segundo o mesmo – não confundindo-se com a prestação dos setores privados da economia. Para o mesmo, a separação clara entre a demanda e a oferta de serviços permite, entre os fornecedores dos serviços médico-hospitalares, o surgimento de um mecanismo de competição administrada altamente saudável. Ele parte do pressuposto que inegavelmente a lógica de competição, típica do mercado, pode ser aplicada ao serviço público de saúde com grande melhoria da assistência, numa busca hedonista do bem-estar público.

Assim, na postura de gestor público, ou seja, assumindo atividade gerencial dentro do Estado, o mesmo admite que:

“Como regulador, o Estado tem o dever constitucional de garantir a saúde pública gratuita e universal a todos. Mas ele não tem as verbas necessárias para isso – ou porque os cidadãos não têm tantos recursos quanto o desejável ou porque não estão dispostos a pagar todos os impostos – daí a existência do sistema privado, que é uma distorção, mas é um fato” (MANSUR, 2004, p. 01).

Então, para corrigir essa distorção que é o sistema privado provendo serviços de saúde, por exemplo, ele defende a participação de organizações sociais de natureza privada não-estatais para garantir a eficiência estatal na oferta desses serviços. Em suas palavras:

“O Estado deve ter absoluta responsabilidade, no caso de saúde, para que todos tenham atendimento igual. A responsabilidade direta do Estado é criar as políticas e, a derivada, financiar os gastos. Ele pode comprar em vez de fazer diretamente. A reforma da gestão pública que toma corpo em quase todos os países em desenvolvimento que vivem numa social democracia é a seguinte: os gastos do Estado continuam altos, consumindo

40 ou 50% do PIB, mas são baixos em termos de funcionários” (MANSUR, 2004).

Em dois trechos de seus escritos, podemos ver uma crítica à falta de recursos para as políticas públicas. Ora se acusa do gasto com a própria manutenção do estado, ora da corrupção permissiva dentro da máquina estatal:

“Seja porque grande parte dos recursos alocados para aquela política são gastos com a própria burocracia e seus controles, seja porque, apesar dos controles, a corrupção, ou, mais amplamente, a captura do patrimônio público por interesse privados não é superada”. (PEREIRA, 2001)

“Para melhorar os serviços sociais do Estado brasileiro os recursos são sem dúvida escassos, mas mais escassa ainda é a capacidade administrativa de geri-los. Quando esta capacidade melhora, seja porque é dada maior autonomia aos administradores hospitalares, seja porque os sistema de controle é aperfeiçoado, envolvendo um efetivo controle social por parte da comunidade, temos um extraordinário aumento na qualidade dos serviços prestados” (PEREIRA, 2008 a, p. 25).

Acontece, portanto da sua argumentação recair sobre a falta de recursos para o estado administrar de maneira eficiente na condução das políticas públicas. Apesar do mesmo abordar outras problemáticas que podem ser encaradas como empecilho a uma correta condução das políticas públicas, nenhuma problemática é abordada através de um viés mais crítico, de forma a questionar pontos estruturais do nosso sistema:

“São inúmeras as razões para esta situação. A principal delas é naturalmente financeira. As políticas de redução do gasto público adotadas como resposta às diversas crises econômicas que o país atravessou, têm afetado, de modo geral, os programas sociais e, em particular, os da área de saúde, acarretando um decréscimo drástico e persistente do aporte real de recursos financeiros para o setor. Por outro lado, a grande elevação de custos advinda do aumento da complexidade e sofisticação tecnológica dos tratamentos médicos e hospitalares, tem um papel relevante na crise financeira do sistema. Em consequência, conforme observa relatório do Banco Mundial (1994), a erosão do valor dos reembolsos diante da alta inflação, e o fato de que o valor dos reembolsos não tomar em consideração o custo das novas tecnologias, dos novos procedimentos médicos e dos novos medicamentos, levou a um sério sub-pagamento dos hospitais e à redução dos honorários médicos. A resposta dos hospitais privados e filantrópicos, que respondem por 80 por cento da oferta de serviços hospitalares, foi o aumento das fraudes e a baixa da qualidade dos serviços” (PEREIRA, 1995, p. 04).

Um apontamento válido de se fazer aqui é que o autor faz menção e anuência a um relatório do Banco Mundial, que se propõe a interferência na condução das políticas nacionais,

quando o mesmo questionou em citação anterior, que uma formulação nacionalista, típica, segundo o mesmo, de um ideário não-neoliberal, não deveria acatar formulações de organismos internacionais de cunho neoliberal. Então, o que parece ser uma contradição, em verdade pode ser apontamento da submissão econômica das medidas encerradas no bojo da reforma de Estado brasileira.

Numa entrevista (MANSUR, 2004) a um estudante do mestrado em ciência política da UFPE Bresser-Pereira é perguntado se “ao desconsiderar as especificidades dos órgãos públicos e as mudanças institucionais ocorridas nos últimos anos (a reforma sanitária, a criação do SUS), não fez com que a proposta das Organizações Sociais nascesse com reduzida possibilidade de sucesso?”, o mesmo foi sucinto, porém seguro em afirmar que “o SUS só favorece a transformação de hospitais estatais em Organizações Sociais”.

Segue em sua argumentação de que é a favor de

“[...] um Estado democrático em que políticos e servidores públicos muito competentes são controlados pelos eleitores; pelos demais órgãos do Estado, como o Ministério Público; e pela sociedade, por meio dos movimentos sociais. E que comprem ou contratem serviços, de forma eficiente para o cidadão que tem esse direito” (MANSUR, 2004, p. 06).

Se para o mesmo a concorrência de mercado é *a priori* o motor da oferta de qualidade, toda e qualquer medida em contrário, a partir do corolário assumido *a priori*, é ineficiente e deve ser questionada, como o diz em Mansur (2004) de que “a atividade estatal é essencialmente monopolista, na qual a concorrência não faz sentido”.

É, pois, a partir desses pressupostos que Bresser-Pereira (Cap14) desenvolve sua argumentação para o novo modelo de prestação de serviços de saúde como política pública, “a nova idéia é a de concentrar os esforços do governo no financiamento e no controle dos serviços prestados por esses fornecedores descentralizados, ao invés do seu oferecimento direto pelo Estado”.

Em verdade, como é identificado por Bresser-Pererira (Cap14) a reforma gerencial aplicada ao Sistema Único de Saúde (SUS) é baseado no sistema em voga na Gran-Betranha (Quadro 04).

Quadro 04: Principais elementos da reforma gerencial do SUS propostos por Bresser-Pereira (Cap14).	
Descentralização	Descentralizar a administração e o controle dos gastos com a saúde, que serão distribuídos aos municípios de acordo com a população existente e não com o número de leitos
Programa de Saúde da Família	Criar um sistema de entrada e triagem constituído por médicos clínicos ou médicos de família
Relação demanda-oferta	Criar um quase-mercado entre os hospitais e ambulatórios especializados, que passam a competir pelos recursos administrados localmente
Publicização	Transformar os hospitais em organizações públicas não-estatais

Ou seja, “a nova idéia é a de concentrar os esforços do governo no financiamento e no controle desses serviços ao invés do seu oferecimento direto pelo Estado. A organização da oferta deverá ser realizada subsidiariamente naqueles locais onde existe deficiência de equipamentos hospitalares e ambulatoriais” (PEREIRA, 1998 a, p. 24).

É relevante realçarmos que a proposta de reforma do sistema de saúde se concentre justamente sobre os setores mais rentáveis para a iniciativa privada. Como o mesmo apresenta em seu relatório de explanação,

“Neste relatório faremos uma proposta de reforma administrativa do sistema de saúde, particularmente na parte que diz respeito ao sistema de assistência médico-hospitalar. A proposta em parte reproduz a experiência de outros países. Conforme observam Dilulio e Nathan (1994), a maioria das atuais reformas dos

serviços de saúde nos países desenvolvidos estão baseadas na descentralização para entidades regionais e na formação de uma espécie de mercado, que promova a competição entre os supridores de serviços, com o objetivo de reduzir custos e aumentar a qualidade dos serviços prestados” (PEREIRA, 1995, p. 01).

E sua defesa do modelo de descentralização, chega a aparecer em trechos de seus escritos (BRESSER-PEREIRA, 1995) que o modelo de oferta de serviços hospitalares organizados a partir da prestação via OS possa ser um catalizador da efetiva descentralização, e que assim viabilize a concretização do SUS,

“Esta é uma proposta que viabiliza a implementação do SUS, ao tornar muito mais rápida e efetiva a descentralização, na medida em que concentra a atenção sobre a demanda ou compra de serviços de saúde hospitalares por parte do Estado, em nome da população. A oferta de serviços hospitalares é estimulada e parcialmente controlada através da demanda. Além disso, torna-se possível promover uma forma de competição administrada entre os hospitais, que facilitará o seu controle pelas autoridades de saúde do SUS” (PEREIRA, 1995, p.05).

Para Bresser-Pereira (MANSUR, 2004), “é impossível ter um sistema de saúde eficiente e relativamente barato – com qualidade muito boa, mas com o menor custo possível – sem ter um sistema competitivo e administrado por organizações do terceiro setor”.

Entendendo que o conceito, em Bresser-Pereira (Cap14) de eficiência/ineficiência perpassa por uma abordagem de custo/benefício, onde a objetivo seja o melhor e mais serviço prestado com a menor quantidade possível de investimento, podemos entender sua argumentação sobre os malefícios da não-adoção dos modelos de Organizações Sociais para o setor de saúde: “Além de ineficiente [a política social] torna-se inefetiva porque, como os recursos são limitados, o número de cidadãos atendidos com qualidade acaba sendo muito menor do que poderia ser estivesse uma administração gerencial competente sendo aplicada” (PEREIRA, 2001, p. 02).

Assim ele vaticina que “área social não é e não pode ser sinônimo de desperdício, precariedade administrativa, falta de metas e baixa qualidade dos serviços” (PEREIRA, 1998 a, p. 32). Mas o que ele trás nesse discurso, aparentemente coerente, é a condicionalidade de que a

qualidade e boa administração da área social (inclusive a saúde) só poderá ser atingida fora desse modelo atual estatal de prestação de serviços.

O novo modelo de eleição, é certo, é o das Organizações Sociais, esse “híbrido” entre Mercado e Estado. Apesar desse modelo ter tido ainda pouca capilarização dentro da esfera da administração federal, fato esse que Bresser-Pereira credita ao medo entre servidores e gestores,

“[...] há lentidão. Os servidores têm medo, os ministros e altos funcionários não querem perder poder (descentralizar). Os funcionários das entidades que deveriam transformar-se em organizações tinham medo de que se tratasse de uma privatização. Ou que o Governo reduzisse as dotações” (PEREIRA, 2001)

temos visto tal proposta ser implementada nos estados e municípios, que tem criado suas próprias leis de publicização. Leis essas que em seu corpo, têm sido uma cópia da lei nacional (Lei 9637/1998), como podemos observar nas leis estaduais (Quadros 06 e 07.

O próprio Bresser-Pereira (2001), apenas 3 anos após promulgação da lei federal, já observava essa movimentação nos estados. “O projeto tem caminhado mais nos estados, como, por exemplo, São Paulo, com os hospitais. É uma questão de tempo” (PEREIRA, 2001, p. 01).

E num trabalho mais recente, ele ressalta que “no Brasil, desde 1995 vem-se realizando a reforma gerencial do Estado de 1995. Sua implantação é gradual, e demorará muitos anos. Através da aplicação de seus princípios estruturais de gestão, a administração pública ou o aparelho de Estado vai sendo constantemente aprimorado” (BRESSER-PEREIRA, 2008).

É interessante avaliarmos o avanço da proposta entre estados e municípios. Seria possível que a reforma que implementou a Lei de Responsabilidade Fiscal, que “amarra” os gastos dos estados e municípios, sobremaneira pelos fracos para poderem se contrapor a esse arroxo por seus próprios meios, empurra esses estados e municípios a adotarem essa medida de publicização (admitirem Organizações Sociais para prestarem os serviços públicos)? A exemplo da saúde, onde os custos de implantação e manutenção de serviços é alto, a saída via OSS parece ser sedutora.

Como o mesmo atesta, “no caso dos hospitais estatais o aumento da autonomia dos seus administradores **só será viável** através do projeto que prevê sua transformação em organizações públicas não-estatais (organizações sociais)” (BRESSER-PEREIRA, 2008 a, p. 25) (Grifo, em negrito, nosso)

Ou seja, nas palavras do próprio (BRESSER-PEREIRA, 2005, p. 06) “o que se está procurando, através desta reforma, não é abranger todo o SUS, mas uma parte fundamental do mesmo - e certamente a mais cara: a assistência hospitalar”.

Não só nesse texto, como em outros (BRESSER-PEREIRA, 1995), ele reforça a experiência de OSS pra rede hospitalar e em menor monta pra rede ambulatorial. Podemos avaliar que essa visão, ou essa justificativa empírica foge a uma análise real do sistema de saúde. Ora, analisar o impacto em uma unidade hospitalar em uma rede de hospitais de um município ou de um estado, partir da eficiência alcançada pelo cumprimento de metas pactuadas, desconsidera (oportunamente, suspeitamos) que uma rede de saúde contempla a interrelação entre os níveis de atenção, e que mesmo dentro de um nível de atenção, a pactuação de procedimentos (e como ele mesmo já disse que, por um lado, a baixa-remuneração pelos procedimentos faz com que as entidades fraudem e diminuam a qualidade, por outro lado também podem acarretar numa busca pelos procedimentos mais caros e rentáveis, deixando os procedimentos mais baratos e menos rentáveis “no limbo”, ou sendo externalizados pra uma rede insuficiente em lhe acolher.

5- A EXPERIÊNCIA DAS OS

Neste capítulo será tratado das experiências de implantação de OS e de como tem sido as análises construídas por outros autores acerca destas implantações. Um breve histórico sobre o avanços nos diferentes estados brasileiros dessas medidas, seguido de uma concentração da observação sobre o caso do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, na Paraíba, que foi entregue à administração pela OSS Cruz Vermelha Brasileira filial do estado do Rio Grande do Sul.

Podemos perceber que desde o sancionamento da lei federal 9637/1998, diversos governos estaduais têm sancionado suas próprias leis para qualificarem entes privados como OS (Quadro 05 e Quadro 06).

Quadro 05: Leis estaduais aprovadas que qualificam e regulam a adoção de OS para administração e oferta de serviços públicos.			
ÂMBITO	LEI Nº	SANCIONADA EM	ÁREA
Federal	9.637	15 de Maio de 1998.	ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde
Rondônia	2.675	21 de dezembro de 2011	Saúde
Paraíba	9.454	06 de Outubro de 2011	Educação; Saúde; Cultura; Trabalho; Cidadania; Urbanismo; Habitação; Saneamento; Gestão Ambiental; Ciência e Tecnologia; Agricultura e Organização Agrária; Indústria e Comércio; Comunicações e Transportes; Desporto e Lazer; Previdência; Outros serviços
Rio Grande do Sul	12.901	11 de Janeiro de 2008	assistência social; cultura, defesa e conservação do patrimônio histórico e artístico; educação; saúde; segurança alimentar e nutricional; defesa, preservação e conservação do meio ambiente, gestão de recursos hídricos e desenvolvimento sustentável; trabalho voluntário; desenvolvimento econômico e social e combate à

			pobreza; experimentação, não lucrativa, de novos modelos socioprodutivos e de sistemas alternativos de produção, comércio, emprego e crédito; defesa da ética, da paz, da cidadania, dos direitos humanos, da democracia e de outros valores universais; fomento ao esporte; e estudos e pesquisas, desenvolvimento de tecnologias
Goiás	15.503	28 DE DEZEMBRO DE 2005	ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura, saúde e assistência social
Santa Catarina	12.929	04 DE FEVEREIRO DE 2004	Atividades e serviços de natureza social
Santa Catarina	13.343	10 DE MARÇO DE 2005	ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura, ao turismo, ao esporte, à saúde e ao planejamento e gestão
Bahia	8.647	29 de julho de 2003	ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico e institucional, à proteção e preservação do meio ambiente, bem como à saúde, ao trabalho, à ação social, à cultura, ao desporto e à agropecuária
Sergipe	5.217	15 de Dezembro de 2003	ensino, à pesquisa e ao desenvolvimento tecnológico, abrangendo, também, as áreas de cultura, preservação do meio ambiente, saúde, assistência social e desporto
	5.285	16 de dezembro de 2003	educação, à saúde, às ações sociais, à pesquisa e ao desenvolvimento tecnológico, abrangendo, também, as áreas de cultura, preservação do meio ambiente, assistência social, condições de habitabilidade, de vida e de subsistência, e mesmo a área de desporto
Pernambuco	11.743	20 DE JANEIRO DE 2000	Inespecificado
Distrito Federal	2.415	6 DE JULHO DE 1999	ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico e institucional, à proteção e

			preservação do meio ambiente, inclusive conservação de áreas urbanizadas e ajardinadas, à defesa do consumidor, à cultura e à saúde
Maranhão	7.066	03 DE FEVEREIRO DE 1998	ensino, à pesquisa científica e desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente e à saúde
Ceará	12.781	30 de Dezembro de 1997	ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura, ao trabalho e à educação profissional, à ação social e à saúde
Pará	5.980	19 de julho de 1996	Serviços Sociais

Quadro 06: Linha do tempo de decretos estaduais que qualificam e regulam a adoção de OS para administração e oferta de serviços públicos.

ÂMBITO	DECRETO Nº	SANCIONADA EM	ÁREA
Santa Catarina	3.294	15 DE JULHO DE 2005	ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura, ao turismo, ao esporte, à saúde e ao planejamento e gestão
Bahia	8.890	21 DE JANEIRO DE 2004	ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico e institucional, à proteção e preservação do meio ambiente, bem como à saúde, ao trabalho, à ação social, à cultura, ao desporto e à agropecuária
Pernambuco	23.046	19 DE FEVEREIRO DE 2001	ensino, educação, cultura, saúde, pesquisas, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente
Pará	3.876	21 DE JANEIRO DE 2000	Atividades e serviços sociais (assistência social, cultura, defesa e conservação do patrimônio histórico e artístico, educação, saúde, meio ambiente e promoção de desenvolvimento sustentável, pesquisas, desenvolvimento de tecnologias alternativas)
Distrito Federal	2.523	13 DE JANEIRO DE 2000	ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico e institucional, à proteção e preservação do meio ambiente, inclusive conservação de áreas urbanizadas e ajardinadas, à cultura,

			ao trabalho e à educação profissional, à ação social, à defesa do consumidor e à saúde
São Paulo	43.493	29 DE SETEMBRO DE 1998	Cultura

Bresser-Pereira (MANSUR, 2004; BRESSER-PEREIRA, 2001) teceu duas considerações sobre as OS nos estados. Ele já anunciava, em 2001, que esse modelo de administração teria maior aceitação nos estados e municípios. O mesmo também comenta sobre o fato de que os estados estariam seguindo como modelo básico todo o formato de lei da lei federal.

A leitura das leis e decretos de que tratam das qualificações dos entes privados como Organizações Sociais confirmam a repetição de seu conteúdo. Mas, um olhar atento percebe que tem tido uma ampliação do escopo da abrangência dos serviços públicos entregues à administração e oferta via OS (vide Quadro 06 e Quadro 07).

De forma que cada vez mais os governos estão sendo acusados por desobrigarem-se de suas funções constitucionais de prestação de políticas sociais.

Sob a argumentação de eficiência do terceiro setor, sob o argumento de o terceiro setor seja esse híbrido Estado/Mercado, sob o argumento de o interesse social das OS é superior ao interesse mercadológico do lucro, a entrega das obrigações estatais a essas organizações tem se expandido no país.

De maneira geral, para efeito do texto das leis, são consideradas entidades sem fins lucrativos:

“a pessoa jurídica de direito privado que não distribui, entre sócios, associados, conselheiros, diretores, empregados ou doadores, eventuais excedentes operacionais, brutos ou líquidos, dividendos, bonificações, participações ou parcelas do seu patrimônio, auferidos mediante o exercício de suas atividades, e que os aplica integralmente na consecução dos objetivos sociais.” (Lei 9454/2011).

É critério para classificação de uma entidade como OS um aspecto moral, para ratificar que a mesma tenha, acima de qualquer interesse, os objetivos sociais como meta.

Entretanto, em seu documento “Contra Fatos Não Há Argumentos” (ANEXO XX) da FNCPS, um compilado de notícias de jornais e documentações de auditorias de órgão públicos, tem demonstrado que o aspecto moral desejável para uma OS se encerra em uma utopia, de um mercado regulador e “justo”.

Como já observara Bresser-Pereira (MANSUR, 2004), é interessante ressaltar que há uma repetição entre as leis aprovadas e a lei federal 9637/98.

É portanto, recorrente, o apelo, em lei, de que as entidades que se candidatem à qualificação de Organização Social possuam “princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade”, o que reproduz uma pré-conceituação de que estas entidades são “boas” (no sentido de bondosas), e de que realmente essas entidades não possuem fins lucrativos. Há um eufemismo utilizado, quando se trata de Organizações Sociais, que é tratado como “excedente financeiro” o resultado da balança financeira entre o valor contratualizado para desempenho das funções e o que efetivamente é montante restante sem ônus ou empenho para para a OS.

Assim é preciso haver uma crença, como a que foi defendida, e vista no capítulo anterior, nas formulações de Bresser-Pereira, de que o interesse precípua da Organizações Sociais não é o lucro, e sim a boa prestação dos serviços contratados.

O receio que ora fora apresentado pelo formulador da proposta de “publicização” via OS (BRESSER-PEREIRA, 2004), de que a saúde pública fosse conduzida por empresas ou mesmo entidades como cooperativas, pois estas, por estarem dentro do campo do mercado privado, só teriam interesse em auferir maiores lucros com o menor investimento possível, nos parece semelhante à argumentação de que as OS poderão ofertar o melhor atendimento com o menor custo possível. Em ambas o menor custo possível é meta. A diferença reside em creditar-se que as OS são moralmente alicerçadas e que portanto idôneas.

Se esse hedonismo poderia ser sustentado quando da sua proposição inicial, na última metade dos anos 1990, os quase 20 anos de experiência já nos trazem fatos em que pode-se questionar alguns pilares sobre os quais se assenta tal medida.

Em documento próprio o movimento Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS), reuniu relatos e análises de órgãos públicos onde a pactuação entre Estado e terceiro setor, via OS foram danosas, ao erário público e não resultaram numa boa qualidade de serviço prestado.

Largas produção acerca da experiência no estado e capital de São Paulo encontra-se neste documento produzido pela FNCPS, e também em artigos e teses que questionam os benefícios dessas pactuações. Mas, lembramos que também é ressaltado por defensores das medidas reformistas, benefícios de agilidade e eficiência, como já apresentadas aqui neste trabalho, no capítulo 3.

De forma que as OS, para estados e municípios que as adotam, tem sido saída estratégica (e legalizada) de eleição.

É um campo lucrativo, onde o papel do Estado em desobrigar-se de suas funções exige um Estado forte. A concepção de Estado mínimo, portanto, não necessariamente significa um Estado fraco.

Um Estado forte porém a serviço dos interesses de mercado é o que se tem observado, quando se analisa as relações entre OSS e governos:

“Desde 2004, **“a fatia do orçamento da Saúde estadual paulista destinada às OSs cresceu 202% (foi de R\$ 626,2 milhões para R\$ 1,891 bilhão em 2009).** No mesmo período, o orçamento da pasta cresceu em velocidade bem menor: 93%. **Presidente do TCE vê problema em modelo. Para ele, Estado não tem condições de fiscalizar o que está em contrato e menos ainda de fixar preço pelo que compra.** Modelo também é criticado por entidades ligadas ao funcionalismo; secretaria diz haver controle público e defende critérios adotados [...] As entidades ligadas ao funcionalismo público também criticam o modelo: ‘Quase R\$ 2 bilhões em dinheiro público serão colocados só neste ano nas mãos de entidades privadas selecionadas ao arbítrio da secretaria. E sem passar por licitações, sem a necessária transparência do que é feito com o recurso, sem controle social’, critica o presidente do Sindicato da Saúde Pública no Estado, Benedito Augusto de Oliveira [...] As entidades contrárias às OSs dizem também que o modelo prepara o terreno para a privatização dos serviços públicos.

Encontram o apoio do presidente do TCE: ‘Se não é essa a intenção, o caminho está aberto para isso. Especialmente com as modificações na lei das OSs em São Paulo’, afirmou. ‘É como aconteceu nas estradas. Primeiro se sucateia, depois se diz: só tem uma saída: vamos privatizar e cobrar pedágio.’

As auditorias realizadas seguem encontrando irregularidades nas parcerias entre Estado e OS,

“Uma entidade criada por empresários da construção civil ganhou da Prefeitura de São Paulo o título de OS (organização social) e passou a receber dinheiro público para dirigir postos de saúde municipais. Depois, com essa verba, a entidade contratou a empresa médica do filho de um de seus diretores para realizar as consultas em postos da Penha e de Ermelino Matarazzo (zona leste). A empresa em questão se chama Apos (Associação Paulista de Oftalmologia e Saúde). Cada oftalmologista recebe R\$ 77 por hora. O diretor da Apos é o médico Francisco Penteado Crestana, filho de Francisco Virgílio Crestana, ex-presidente e atual conselheiro da entidade, o Seconci (Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo). Nos três anos do contrato, até 2011, o Seconci receberá R\$ 46 milhões da prefeitura – valor suficiente para construir e equipar um hospital de médio porte. Para o Tribunal de Contas do Município, órgão que fiscaliza as contas da prefeitura, a situação é irregular. Isso porque, como OS, a entidade deveria contratar e pagar diretamente os médicos que atuam nos postos de saúde, e não terceirizar esse serviço. “A prefeitura terceiriza a gestão do posto, entrega a uma OS. Depois, a OS terceiriza o atendimento, a própria atividade-fim. Essa “quarteirização” não é prevista no contrato”, diz o conselheiro do TCM Maurício Faria.”

Na busca por maior “excedente financeiro”, a tão defendida redução dos custos dos serviços públicos se dá através de uma precarização destes serviços ofertados à população, apesar do aporte financeiro destinado às pactuações com OSS virem aumentando, no estado de São Paulo,

“Segundo análise do Sistema de Gerenciamento do Orçamento Paulista (Sisgeo), de 2006 a 2009, o Estado de São Paulo repassou para as instituições terceirizadas o equivalente à 40% de seus recursos públicos. São Paulo gasta 25% de seus recursos com essas instituições, valor que representa o que todos os estados brasileiros investem no setor privado. “Segundo levantamento do portal R7, em 2006, último ano da gestão de Geraldo Alckmin (PSDB) à frente do estado de São Paulo, o governo gastou R\$ 7,95 bilhões em terceirizações. No ano seguinte, primeiro de José Serra (PSDB) à frente do governo paulista, o valor repassado a terceiros foi de R\$ 8,53 bilhões. Nos anos seguintes, o montante

continuou a crescer, chegando a R\$ 9,61 bilhões em 2008 e R\$ 10,26 bilhões em 2009.” Esse processo demonstra que os recursos públicos não estão sendo racionalizados como pretendem as OS, ao contrário, eles vêm aumentando gradativamente paralelo a precarização dos serviços oferecidos.”

Os exemplos levantados no documento da FNCPS deixam dúvidas quando à idoneidade e da intencionalidade das pactuações entre Estado e OS. Apesar das análises técnicas que questionam a boa alocação dos recursos das prefeituras e estados, a análise deve ir adiante de mera análise jurídica, ou de balanço fiscal, da relação entre Estado e Mercado, pois esta, como temos visto se baseia num “bom mercado”. O interesse de mercado, ou da sociedade civil organizada orientada ao mercado tem sido o lucro e o monopólio, ainda que esse monopólio seja realizado através de pactuações e arranjos entre as diversas entidades privadas, seus membros e familiares e sócios, e governos municipais e estaduais,

“Os hospitais públicos geridos por OSs, em São Paulo, possuem um rombo equivalente a 147,18 milhões. Segundo pesquisas publicadas por viomundo.com.br, de 2008 a 2010, foi comprovado que os hospitais terceirizados, geridos por OS, custaram aos cofres públicos de SP mais de 50% do que os hospitais administrados diretamente pelo setor público. “O [Viomundo](http://viomundo.com.br) também revelou que, de 2006 a 2009, os gastos com as OSs saltaram de R\$ 910 milhões para R\$ 1,96 bilhão. Uma subida de 114%. No mesmo período, o orçamento do estado cresceu 47%. Ou seja, as despesas do estado de São Paulo com a terceirização da saúde cresceram mais que o dobro do aumento do orçamento público.”

Além disso, quando se observa a qualidade do serviço prestado em saúde à população, percebe-se um descompasso com a integralidade da atenção que deveria ser ofertada enxergando uma rede de atenção,

“Em São Paulo, nas OSs os trabalhadores da saúde relatam instabilidade e assédio moral: “[...] Acho que sumiu a qualidade, aquela ideia da saúde pública com um sentimento mais integral e transdisciplinar”, avalia uma enfermeira que já passou por diversas OSS na cidade de São Paulo e prefere não se identificar. “Você tem que atingir a meta, além de fazer o trabalho administrativo e ainda fazer os projetos que a OSS quer para ter mais visibilidade, como de reciclagem. Tudo isso em um tempo recorde e muito centrado em patologia. Por exemplo, a população num local pode ter o maior risco para sua saúde por uso de drogas e

isso não vai importar, as metas são focadas em hipertensão, diabetes, gestantes, crianças e idosos. Os números estão muito longe da realidade”, conta. No caso da enfermeira, cuja equipe se enquadra no Programa Saúde da Família, é pedido 192 consultas e 32 visitas mensais, enquanto dos médicos que trabalham com ela são requeridas 400 consultas/mês e 42 visitas domiciliares. “Vira realmente um mercado, assim como o McDonald’s, tem o funcionário do mês, aquele que mostrou mais números, mesmo que ele não tenha trabalhado de acordo com as necessidades da população. E se você questiona, pode ser demitido, tenho vários amigos que perderam o emprego. O assédio moral é muito grande”. **Ela relata casos de racismo e pressões para que profissionais não tornassem públicos os problemas dentro da OSS para não haver um marketing negativo para a gestora.”**

Assédio a trabalhadores, desvio de verbas públicas, superfaturamento de serviços e contratos, quarteirização, ineficiência e má-qualidade dos serviços prestados tem sido denúncias comuns nos estados e municípios onde se tem repassado às OS a prestação dos serviços públicos.

Apesar das denúncias, e das intervenções de órgãos públicos fiscais, a intervenção desses órgãos se detém sobre a entidade, em si.

O questionamento da medida que cria as OS, da reforma de Estado que permitiu esse novo ente jurídico que são as OS e OSCIP não avançam.

Desde sua promulgação, a lei federal das OS (Lei 963/1998) está sob processo de duas ADIN (Ação Direta de Inconstitucionalidade) que foram impetradas, uma pelos partidos PT e PDT (ADIN 1923-5), e outra pela OAB (ADIN 1943-1). Ainda que dentro do âmbito jurídico, e portanto sem maiores questionamentos, as ADIN impetradas continuam sem parecer junto às câmaras do supremo tribunal federal.

Apesar de já haver considerações, sem valor de julgamento, de alguns ministros,

“A adoção desse instituto traria riscos para o patrimônio público e para o cidadão. Estaria clara a intenção do legislador em instituir claro mecanismo de fuga ao regime jurídico de direito público a que submete a administração pública. A circunstância de a Organização Social incorporar atividade exercida por ente estatal e utilizar o patrimônio público e os servidores públicos antes a serviço deste mesmo ente, que resulta extinto, deixaria patente que, sob a roupagem de entidade privada, o real objetivo da lei seria mascarar uma situação que, sob todos os aspectos, estaria sujeita ao Direito Público, sem sujeita-la às amarras previstas pela legislação” (MPT, 2011).

Apesar de haver questionamento jurídico, observa-se que há uma intencionalidade político-ideológica que se sobrepõe às questões de fundo formal-jurídico.

A propositura na reforma de Estado, uma reforma liberal, foi eficaz para adequação da máquina estatal para convivência e administração da crise que o sistema capitalista nos países periféricos sofria? Ao que parece, sim. Não é escopo dessa dissertação tratar desse tema, entretanto, a discussão sobre as OS nos leva, incontinenti, a nos perguntarmos sobre esse aspecto. Pois a nova formulação do Estado brasileiro sequer é questionada pelo partido político que outrora questionava tal medida como privatizante, mas atualmente no poder, se faz uso desta medida pra seguir com governabilidade em tempos de crise.

Portanto, se apresenta, aparentemente, como uma medida desejável de gestão da crise, a proposta de reforma de Estado em que figura como estratégia central a adoção do OS para administração e oferta de serviços públicos à sociedade.

DA EXPERIÊNCIA NA PARAÍBA

No estado da Paraíba, a implementação das OS para administração e oferta de serviços públicos, se deu em 2011. Apesar da lei que foi aprovada no parlamento se aplicar às diversas áreas do serviço e política públicas (Educação; Saúde; Cultura; Trabalho; Cidadania; Urbanismo; Habitação; Saneamento; Gestão Ambiental; Ciência e Tecnologia; Agricultura e Organização Agrária; Indústria e Comércio; Comunicações e Transportes; Desporto e Lazer; Previdência; Outros serviços), a motivação inicial que fora apresentada como justificativa foi a situação emergencial da saúde no estado, mais especificamente frente ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

A unidade em questão vinha sofrendo com o pouco aporte financeiro que lhe era ofertado, e dificuldades com recursos humanos. Cativo estava das cooperativas (COOPANEST, COORT,

COOPECIR, COOPED e COOMIT), de forma que, já vinha sendo terceirizada a oferta de algumas especialidades. Sob o argumento de desvencilhar-se das amarras da responsabilidade fiscal em não poder contratar mais pessoal, da recusa corporativista de algumas especialidades em prestar concurso público para provimento de cargos (como o foi considerado pelo governo no concurso de 2007), da necessidade de agilizar e otimizar a oferta de atendimentos, e sob a declaração de caos – situação de emergência- o governo sob a regência de Ricardo Coutinho (PSB) emite medida Provisória 178/2011 para contratação da OS Cruz Vermelha do Rio Grande do Sul para a administração do Hospital. Grande rechaço encontra por parte de movimentos sociais, sindicatos, partidos, e Ministérios Públicos, mas que no bojo da máquina institucional, não houve retrocesso da proposta governamental, e a Medida Provisória passou a lei 9454/2011, com a pactuação legal da entrega da unidade hospitalar à OS. Escândalos têm sido noticiados na mídia local, relatórios do Ministério Público, Tribunal de Contas do Estado e de entidades de classe têm questionado desde a constitucionalidade à efetividade da pactuação, o que suscita a curiosidade sobre qual o impacto real dessa terceirização da gestão do hospital.

Criou-se na mídia local uma situação de caos no HETSHL que culminou com a declaração de situação de emergência pelo secretário de saúde de estado. Duas semanas depois, foi contratualizada a OS Cruz Vermelha Brasileira Filial Rio Grande do Sul para administração e reordenamento daquela unidade hospitalar. A contratualização, sem processo licitatório ou qualquer outro preceito da administração pública que se valesse a garantir a idoneidade e moralidade do contrato foi tomado pelo governador.

O que nos coloca a observância com a literatura sobre o advento da declaração de situação de emergência ou de calamidade como um instrumento de gestão, que anets de ser excessão, passa a ser uma regra utilizada pelos novos modelos de gestão pelo país afora:

Como diria Justo (2008) que passa a considerar positiva, como instrumento gerencial, a tática de declaração de calamidade nos hospitais para justificar a flexibilização da administração.

Em suas palavras: “Nessa perspectiva, esse estudo pode concluir que a vigência do decreto de calamidade, instituído no período da intervenção federal como medida emergencial/calamitosa, se constituiu em um instrumento de gestão extraordinário,” (JUSTO, 2008, p. 132)

Identificamos portanto, essa tendência na governança local, como instrumento facilitador, para a adesão de OS como gestora e provedora dos serviços de saúde do HETSHL.

Pois, o governo local recorreu a uma medida provisória (MP 178/2011) para garantir a adesão da contratualização desta OS.

Sob fortes protestos de movimentos sindicais e sociais, foi implantado essa nova gestão, e a MP 178, próximo a seu vencimento, foi levado pelo executivo ao parlamento sob o título de projeto de lei, que seria aprovada, sob grandes protestos, em outubro do mesmo ano, a Lei 9454/2011.

Entretanto, ainda sob a tutela da MP 178, a OS CVB/RS já sofria com as denúncias de irregularidades, e fiscalizações do Ministério Público da Paraíba (MP/PB), Ministério Público do Trabalho (MPT) e Tribunal de Contas do Estado (TCE/PB)².

Irregularidades contratuais, como por exemplo a escolha sem licitação pelo governo do estado desat OS; uma adesão sem que a OS tivesse sido qualificada e demonstrasse que haveria condições de gerir aquela unidade hospitalar; a falta de definição de metas para o cumprimento contratual; a falta de justificativa do valor da contratualização, excedendo o investimento pelo mesmo período (seis meses de vigência da MP 178) em anos anteriores³.

Foi taxativa a conclusão do MPT, ao afirmar que:

“[...] a escolha da Cruz Vermelha Brasileira/RS pelo estado da Paraíba para administrar o Hospital de Emergência e Trauma, sem quaisquer justificativas que demonstre as razões dessa escolha, bem como, a ausência de justificativa quanto ao preço do contrato afrontam os preceitos constitucionais e legais que norteiam o procedimento licitatório na Administração Pública”.

² Para mais, veja a reportagem na íntegra em

“http://www.blogdогоvaldo.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=753&Itemid=1”

A própria Lei que, passado o período de vencimento da MP 178 deveria regulamentar a adesão de OS não foi seguida pelo governo do estado.

Para alguns autores o limite da discussão tida como legalista é tolhida pelo avanço da discussão tida como política. A conformação constitucional implica que o SUS deve ter seus serviços prestados por entidades da administração pública, e os modelos constitucionais voltados para a prestação dos serviços de saúde pública são aqueles submetidos integralmente ao regime jurídico de direito público. [...] A escolha por um modelo permeado pelo regime privado não é, portanto, um imperativo, mas uma exceção permitida. Trata-se de uma escolha política pela exceção. (SODRÉ, 2013)

A adesão de OS e outros entes para administração de serviços de saúde, “resultam do jogo político que é complexo e multideterminado, que retarda e/ou impede a reestruturação dos serviços” ou seja não desenvolvem uma cultura própria do serviço público brasileiro de melhor oferta do serviço à população, deixando-o dependente de entes externos, que conduzem a política de saúde numa direção ao mercado em detrimento do direito cidadão. (BRAGA, 2012)

O que trouxe muitos questionamentos aos movimentos sociais organizados e população paraibana.

Tal postura suscitou dúvidas quanto à idoneidade da adesão e defesa tão arraigada do governo para que exclusivamente esta OS viesse a administrar aquela unidade hospitalar.

Em uma análise mais aprofundada, podemos corroborar os dados de Cherchiglia e Dallari (2003), ao afirmarem a pressão sofrida pelo estados em aderirem a essas novas modalidades gerenciais, pois o impacto gerado é sentido no dia-a-dia das instituições que concretizam a política de saúde em suas ações, pois as instituições têm que se ajustar ao arroxo proveniente da necessidade de adequação às medidas de austeridade. Como observa Cherchiglia e Dalari (2003), os hospitais públicos brasileiros buscam “se legitimar e se adaptar às novas demandas e restrições

³ Para estas informações e dados, recorremos ao Relatório de Auditorias Ministério Público do Trabalho realizado

impostas pelo ajuste estrutural da economia e pela reforma do Estado”. (p. 331)
(CHERCHIGLIA; DALLARI, 2003)

Somente em 2013, quando um esquema de corrupção nacional envolvendo Empresas e Organizações Sociais de saúde veio à tona, mediante mídia nacional, repórteres investigativos do estado da paraíba passaram a associar o fato nacional com o local⁴.

Descoberto fora que a OS CVB/RS possui larga ficha de denúncias por fraude, pelos estados por onde passou, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Maranhão, Rio Grande do Norte, e então chegando à Paraíba.

Descoberto foi, que há vinculação da OS CVB/RS com a empresa TOESA Services, mediante seu dono, Daniel Gomes da Silva, do qual foi identificado como um dos doadores de campanha de Ricardo Coutinho (PSB) para as eleições de 2010, o seu irmão Jaime Gomes da Silva. Um depósito de 300.000,00 reais ao diretório do PSB/PB foi feito e este transferido para a conta da campanha. Obviamente que pela falta de ligação direta, essa denúncia paira no campo das especulações que foram fartamente exploradas pela mídia local.

Essa suspeita que surgiu na relação entre OS e Estado, ou mais especificamente OS e Governo, é notória de outros estados de nosso país, entretanto, a dificuldade em estabelecer esses laços ainda é uma dificuldade encontrada pelos pesquisadores, como nos afirma Braga (2012), ao tecer os comentários de que a análise ainda parca sobre as relações políticas entre entes privados de saúde e políticos do poder executivo e legislativo apontam para a criação de uma rede de defesa do interesse privado no setor saúde, defendido por esses políticos quer obtiveram doações desses setores provados. (BRAGA, 2012, p. 79)

no ano de 2011, após a cessão do HETSHL para esta OS CVB/RS.

⁴ Para maiores detalhes, sugerimos visitar os links “<http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2012/03/fantastico-mostra-como-e-desvio-de-dinheiro-em-um-hospital-publico.html>”, “<http://www.clickpb.com.br/noticias/saude/revista-veja-roubalheira-na-saude-cruzou-fronteiras-do-estado-e-cita-empresa-toesa-que-deu-r-300-para-campanha-de-rc/imprimir/>”, “<http://www.mp.rn.gov.br/noticias.asp?cod=2264>” “<http://www.clickpb.com.br/colunistas/clilsoncol/cruz-vermelha-60-tons-de-red-parte-i/>”

Estudos internacionais indicam que as maiores oportunidades de corrupção na economia situam-se nas interfaces público privadas, destacando que “incentivos para a oferta de propinas ocorrem toda a vez que agentes do governo possuem poder econômico sobre uma empresa privada ou indivíduo” [89]. Essas interfaces não necessariamente diminuem, mas podem se intensificar em situações de terceirização de serviços. (SANTOS, 2012, p. 16)

Mas apesar de parca, já é possível encontrar literatura que nos possa embasar essa relação, como sugere ter havido entre o HETSHL e a OS CVB/RS.

Scheffer e Bahia (2011) concluem ter havido para as eleições de 2006 forte apoio financeiro de setores privados da saúde aos candidatos, e a percepção de apoios diversos, mas de um mesma área, indicando que haja um lobby para que aquele candidato defenda interesses próprios de um subsetor da saúde. (SCHEFFER; BAHIA, 2011)

É necessário ter presente que esses interesses, já em curso, podem implicar numa diluição da ação do Estado, com perda ainda maior de sua capacidade redistributiva, e consequente aumento das desigualdades no setor. (ALMEIDA, 1999, p. 281)

Ainda no ano de 2013, as irregularidades seguem sendo apontadas pelos órgãos públicos de fiscalização, como por exemplo o TCE/PB,

“a auditoria em seu relatório apontou 13 irregularidades, dentre elas o pagamento da taxa de administração, sem previsão legal ou contratual, no valor de R\$ 1.088.083,48. Para a auditoria, o contrato de gestão entre o Estado da Paraíba e a Cruz Vermelha feriu a Constituição Federal (artigo 195) e a Lei Federal 8.080/90”⁵.

Ora, tem havido, assim, a anos corridos desde sua implementação, uma blindagem por parte do governo do estado a essas irregularidades que não encontram subsídios sequer na Lei estadual promulgada por este governo.

Os ideais de bem-estar, em que se assentam sobre uma moralidade e pre-conceituação utópica de um mercado bem intencionado não possuem ancoramento na realidade.

⁵ Para mais, veja em “<http://www.patosonline.com/post.php?codigo=37165>”

A mídia local⁶ noticiou em recente chamada que junto à Assembléia Legislativa, mediante denúncias de irregularidade pelo TCE-PB, se cogita a implantação de uma CPI para apurar tais fatos.

Questões trabalhistas são suscitadas, como o relatado no relatório do MPT, sobre a retenção de carteiras de trabalho, desvio de funções, e do vínculo empregatício divergente do estatutário e da falta de concurso público para entrada no serviço público.

Assim, como afirmam alguns autores, a maioria das decisões sobre terceirização permanece sendo tomada de forma *ad hoc*, sem embasamento técnico em processos de avaliação. (SANTOS, 2012). Elementos ululantes de questionamento sobre as competências técnicas e gerenciais da OS CVB/RS aparecem nos relatórios de entes fiscais públicos, entretanto, o questionamento desses órgãos é desconsiderado num jogo político-jurídico onde pode haver prejuízo ao erário público e ao atendimento à população dependente.

De forma que a opção de um governo pela adoção de OSS para administrar serviços de saúde perpassa por uma convicção ideológica na qual lhe caiba a entrega do serviço público a entes privados.

O que se apregoa nas leis é mera formalidade, pois casos e mais casos tem sido expostos onde fraudes acontecem. Apesar disso, tem-se o exemplo do caso da Paraíba, onde o processo de terceirização segue ampliando-se pelo estado, com novas unidades hospitalares e ambulatoriais sendo entregues a essa iniciativa⁷.

É importante situarmos o porquê da eleição das instituições hospitalares de pronto-atendimento com maior complexidade. Num estudo realizado em nosso estado vizinho, o Rio Grande do Norte, sobre a mesma temática de relação público-privado, os resultados encontrados

⁶ Para mais, veja a reportagem na íntegra em "<http://heldermoura.jornaldaparaiba.com.br/deputada-propoe-criacao-de-cpi-do-trauma-ou-da-cruz-vermelha-gaucha/>"

⁷ Exemplo disso são a adesão dessas unidades para as OS: As OS serão contratadas para gerir o Hospital Janduhy Carneiro, de Patos, a Maternidade Peregrino Filho, de Patos, o Hospital Antônio Hilário Gouveia, de Taperoá, e as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) das cidades de Santa Rita e Guarabira.

sugerem que a opção de entrega desses setores à iniciativa privada é tão somente pelo seu amior potencial lucrativo:

“No que se refere ao grupo de procedimentos de *média complexidade*, a situação já se apresenta ligeiramente diferente. Embora a participação da rede pública seja maior (86,4% em 1999), a da rede privada aumenta, chegando a 13,6% no último ano do período. Por outro lado, no grupo público verifica-se uma posição da rede estadual (41,7% em 1999) ainda mais forte do que a da rede municipal (31,6% em 1999), embora a participação da primeira venha caindo no período, enquanto a da segunda vem crescendo. No que tange ao grupo de procedimentos de *alta complexidade*, verifica-se uma realidade completamente transformada. Neste caso, há uma participação fortemente dominante da rede privada, chegando a alcançar 99,7% do total em 1999. Neste grupo nota-se uma ausência completa das redes estadual e municipal, com uma participação meramente residual da rede federal. Na rede privada, por outro lado, destaca-se uma participação mais significativa da rede privada lucrativa, em comparação com a filantrópica”. (BORGES; FERNANDES, 2002, p. 572)

Tem sido um jogo político de defesa da adesão das OS aos serviços de saúde na Paraíba, e da defesa da OS CVB/RS junto ao maior hospital do estado. Pois outras irregularidades que encontramos na literatura também se repetem neste caso.

As OS de saúde (OSS) têm autonomia para contratar funcionários sem concurso público; obter recursos de fontes extra-orçamentárias provindas da venda de serviços e da celebração de convênios com planos privados de saúde e seguros-saúde; e comprar produtos sem licitação. A lei autoriza que o fundo público de saúde seja administrado por fundação que contrate diversos prestadores, ou mesmo diretamente por uma associação civil, sem restrição à aplicação de recursos no mercado financeiro. (BRAGA, 2012, p. 86)

Semelhante ao disposto a literatura, a OS CVB/RS ao ser constratualizada para administração do HETSHL, pôde contratar pessoal sem concurso, e ainda pôde terceirizar seus serviços, numa espécie de quarteirização da saúde, onde leitos ociosos de outros hospitais particulares do estado foram alugados a título de aliviar a tensão gerada no HETSHL pela falta de leitos e macas.

De forma que no bojo dessa relação publico-privado, mesmo aqui no estado da Paraíba, se observam sinais de posicionamento político caracterizados como neoliberais, estando estes acima da defesa da saúde como direito de cidadania.

Muitas das mudanças são diretamente relacionadas ao papel do setor privado nos sistemas de saúde, como o aumento progressivo do peso do setor privado no financiamento total do setor de saúde e a tendência de transferência da execução, mais ou menos regulada, de serviços do setor público para o privado – como exemplo a privatização, que é um ponto amplamente defendido nas reformas administrativas e políticas dos Estados desde fins da década de 1970 e é quesito central nas reformas neoliberais. Estas mudanças resultam no imbricamento cada vez maior do Estado com os agentes privados na prestação e no investimento que se faz no sistema de saúde”. (p. 04) (SANTOS, 2009)

5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sem a pretensão de tomar conclusões deterministas, cabe a nós, nesse momento algumas conclusões fruto desse estudo e do processo ao qual levou a esse estudo.

Entendendo as limitações e potencialidades que a metodologia de investigação pode acarretar, acreditamos que a síntese deste estudo que ora se apresenta refletem o amadurecimento teórico, necessário portanto, de um militante de movimentos sociais da saúde que incursionou um caminho na academia.

Nos cabe bem a observação de Faleiros (1992) sobre a necessidade de uma análise que comungue critérios políticos e técnicos. Entretanto, se faz notar que a análise destes aspectos são conduzidas ideologicamente, ora reforçando aqueles, ora conduzindo estes.

Sem querer cair em determinismos econômicos, mas sem negligenciar a relevância que possui esse aspecto na condução do Estado e suas políticas, é notório que o PSDB foi um instrumento da política econômica que se denominou, para a década de 1990 de neoliberalismo no Brasil, que adotou medidas as quais repercutiram e ainda repercutem na política pública de saúde. Entretanto, como se observa em trabalhos de Bresser-Pereira, o neoliberalismo implantado aqui possuía uma camada de social-liberalismo.

Entretanto, avaliamos que essas duas faces de uma mesma política econômica, neoliberal, de submissão do Estado ao capitalismo, e um estado se propondo a se reconfigurar para melhor lidar com as crises do capital.

Adota-se uma política reconfigurada que através de um discurso social de bem-estar procura submeter-se aos interesses de mercado.

Como abordado anteriormente, sobre os defensores atuais das medidas da reforma de Estado brasileira beberem na fonte Bresser-Pereira e termos identificado-os consonantes com a escola neoclássica de economia de bem-estar, podemos perceber que essa identificação é fruto de

uma reprodução do pensamento do próprio Bresser-Pereira, em sua defesa intransigente da capacidade da lógica de mercado e competição ser a única capaz de concretizar o bem-estar geral.

Para melhor explicar os limites dessa visão neoclássica, tomo das palavras de Hunt (2005), quando ele situa a influência e condição desta escola:

“[...] a escola neoclássica é a escola dominante (e talvez a maior em termos numéricos) da economia contemporânea. Para os economistas neoclássicos a teoria microeconômica (isto é, a economia do bem-estar) permeia todo subcampo teórico de especialização e toda conclusão teórica, prática e voltada para a política econômica a que chegam. Todas as suas análises de custos e benefícios, suas demonstrações dos ganhos universais com o comércio internacional, **suas noções de eficiência de mercado** encontradas em todos os ramos de economia aplicada, bem como suas noções de preços racionais, *não têm absolutamente sentido algum* além do manifestado em sua fé de que um sistema de mercado concorrencial e de livre iniciativa tenderá a situação Ótima de Pareto⁸. Sem essa situação ótima, esses termos e essas noções não podem ser defendidos. De fato, na ausência de uma situação ótima, esses termos não *tem sentido algum*. Ó passam a ter sentido quando os economistas neoclássicos, primeiro, postulam a existência de um ponto ótimo de Pareto; depois, *por definição*, diz-se que todos os agentes de troca auferem vantagens, que os recursos são “alocados eficientemente”, que os preços são “racionais” e que, por isso, levam a avaliações exatas – em bases utilitaristas – dos custos e benefícios sociais de vários projetos do governo” (HUNT, 2005, p. 365).

Semelhante consideração cabe para o estado da Paraíba, onde, por seu turno, o PSB foi este instrumento que de forma truculenta deu vazão a esta política econômica que, para esta época de governo PT junto ao executivo nacional, convencionou-se chamar de neodesenvolvimentismo.

Dentre as análises em que se observa a debilidade da esquerda brasileira em apresentar um projeto factível (dialogável com a população de massa, e aglutinador dos setores de esquerda) nacional para o Brasil, se apresenta com maior ênfase em nosso cenário político um projeto neodesenvolvimentista, que efetivamente desbanca um projeto neoliberal, mas apenas remodelando o Capital às novas necessidades de crescimento e desenvolvimento da economia brasileira, frente a um cenário de crise internacional de Capital. Assim, o que se apregoa do PSB ser o partido

⁸ Para Hunt (2005) a economia neoclássica do bem-estar, que baseia-se “pura e simplesmente em preconceitos hedonistas” de fundo psicológico e ético, formulou norma de ótimo de Pareto. Pela qual “um sistema de concorrência e de livre mercado, inevitavelmente, aloca recursos, distribui renda e distribui os bens de consumo entre os

modernizante da economia Paraibana, pode bem ser assumido como verdadeiro, pois ele efetivamente traz ao estado a nova face da sanha capitalista, travestida de social, que no campo da saúde se materializa com o que se chama “privatização” do aparelho estatal, ou seja em verdade uma orientação ao mercado, sacudindo a poeira de antigas praticas clientelistas do cenário das politicas de saúde do estado, por ativas e “revigorantes” praticas mercadológicas, atraindo o investimento e tecnologias de organização típicas de mercado para o setor publico da saúde.

Em verdade, caberia à força politica hegemônica, na conjuntura de analise do estado no período de realização deste trabalho, a realização desta tarefa histórica que demandava a política neodesenvolvimentista em curso, se não, fadados estariam as forças hegemônicas a significarem o conservadorismos de praticas enquadradas como neoliberais puras ou de um inchaço administrativo da maquina.

Após leitura de literatura indexada nos portais científicos, observamos que alguns autores se mostram otimistas quanto às novas modalidades de gestão para o SUS, permitidas desde a reforma de Estado, ressaltando, entretanto da necessidade de fortalecimento do papel do Estado como ente regulador/fiscalizador, ou seja, a proposta apregoada neoliberal com viés social-democrata.

Alguns são tacitamente favoráveis às novas modalidades de gestão, de forma ideológica e representam uma aproximação ao pensamento neoliberal mais ortodoxo de minimizar o papel do Estado na condução de politicas públicas.

Outros autores possuem forte ojeriza a essa novas modalidades, pois entendem que é uma afronta aos principios da reforma sanitária, e por conseguinte uma afronta a um novo modelo societário mais progressista.

De maneira simplificada, podemos dizer que no bojo do pensamento da reforma de Estado sobre as funções estatais, é que elas devem continuar, de forma que o Estado assuma a prestação

consumidores de tal modo que nenhuma redistribuição de recursos por meio de mudanças no consumo, nas trocas ou na produção possa visivelmente aumentar o valor das mercadorias produzidas e trocadas”.(p. 368)

de atividades e serviços até o momento em que delas se possa auferir lucros, mesmo que para isso seja preciso a intervenção estatal para que tal atividade passe a ser rentável, passando então, por exemplo ao papel de financiador e regulador apenas da oferta proveniente de entes de natureza privada, a exemplo das OS.

Para a saúde, historicamente em nosso país, o Estado tem sido motor estimulante da capitalização desse setor. O uso de recursos da Previdência para a construção e equipação de grandes complexos hospitalares privados é o mais citado intervenção de grande porte do Estado para o setor privado da saúde, isso nos idos anos 1940.

Seguindo, a participação privada na prestação de serviços especializados contratualizados ao SUS tem sido outra importante muleta ao setor privado de saúde no país.

O setor de administração de unidades de saúde configura-se como uma modalidade excepcional ao vínculo Estado-Capital. Numa intrincada estratégia, cabe ao Estado o papel de sucateamento do setor de saúde ou de unidades de saúde, a ponto de intalar-se uma situação de caos ou emergência. Feito isso e ratificada a ineficiência do Estado em gerir tal unidade, cabe ao Estado ofertar a administração dessas unidades ao setor privado, sem esquecer de antes retirar, através de mais investimentos a unidade da situação de calamidade para que a mesma seja entregue em melhores condições à iniciativa privada.

Dentro da literatura analisada não encontramos referencia à externalização dos custos sociais quando se entrega uma unidade (ou todo um complexo de serviços) de saúde para administração privada, haja vistas que no interesse do ente privado, é notório a escolha pela prestação de serviços mais rentáveis, sendo excluídos do escopo de ofertas procedimentos menos rentáveis, sendo externalizada para a rede pública a responsabilidade para esses procedimentos. Entretanto se convem observar se numa rede onde aquele procedimento era realizado naquela unidade ou complexo, se há estrutura previa para outra unidade ou complexo aarcar-la, sem ônus aos usuários.

O que suscita a necessidade de aprofundamento dessa matéria para esclarecimento real da situação de saúde em rede, e não apenas em locus.

Vale retomar um trecho de Bresser-Pereira (1995) “As políticas de redução do gasto público adotadas como resposta às diversas crises econômicas que o país atravessou, têm afetado, de modo geral, os programas sociais” ele apenas reforça, no nosso entendimento, que o arroxo fiscal implementado pela reforma de estado traz em si um agravamento (senão uma causa) da situação de pouco financiamento da saúde, por exemplo.

E quando trata da baixa remuneração por procedimentos, como sendo um dos motivos de que santas casas e hospitais filantrópicos passem a fraudar ou ofertar serviços de baixa qualidade, me parece que a mesma lógica pode ser aplicada às OS. E caso haja a defesa de que pra evitar um serviço mal prestado se aumente o valor do repasse financeiro, isso seria o mesmo que onerar mais o Estado, indo de encontro à proposta inicial de que a entrega dos serviços às OS desoneraria o Estado...

Se as OS fossem submetidas às mesmas leis e controles as quais são submetidas as administrações estatais, é certo que essas também não sobreviveriam. Privilégios como contratação de pessoal sem ser no regime jurídico único, compras sem licitação, por exemplo, não só são um privilégio que as OSS têm e assim conseguem uma pretensa agilidade e uma pretensa economia de custos, mas, bem como são caminho para desregulamentação trabalhista, assédio, e fraude em compras.

Como já discutido em capítulo anterior, percebe-se que a experiência das OS não tem tido inserção dentro da gestão federal. Em verdade, as medidas de cunho reformista do aparelho de Estado na esfera da União tem-se concentrado, no campo da saúde, nas experiências de Empresas Estatais de direito privado, como é o caso recente da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

Avaliamos que da legislação decorrente da Reforma de Estado de Bresser-Pereira foram criadas amarras ao poder público que, quando observamos o impacto dessas amarras para os estados e municípios, a utilização, por parte destes de Organizações Sociais, para que estas incorporem as atividades antes exercidas por entidades estatais, passando aquelas a utilizarem o patrimônio e recursos humanos públicos sob uma lógica do direito privado, é a estratégia de escape a essas amarras que recaem sobre este setor público.

A crítica feita por aqueles economistas do bem-estar, de que o Estado é por definição monopolista e que o Mercado, em sua livre competição, nega o monopólio, é uma das bases da crítica às políticas públicas estatais e uma das bases de defesa da orientação do mercado dessas políticas. Entretanto, no capitalismo, a tendência ao monopólio é a máxima expressão da economia contemporânea. As OS, atuam como entes do mercado, e procuram atingir o monopólio da entrega das políticas sociais por parte dos estados para as mesmas.

De forma que as OS rompem fronteiras estaduais em busca de “novos mercados” que são as políticas públicas. A relação direta com os poderes públicos executivo e legislativo, tem incorporado, como catalizador da competição desse “mercado” a relação corrupta entre OS e Estado. Desvio de dinheiro público do Estado para diretorias de OS e seus parceiros, e doações de donos de OS para representantes políticos do executivo e parlamento tem sido recorrente nas denúncias e auditorias realizadas.

A OS CVB/RS extrapolou fronteiras e vem galgando em nosso estado paraibano mais unidades de saúde (aquelas que podem auferir lucros). O questionamento se dá portanto da natureza do mercado.

As entidades do terceiro setor caracterizadas como OS, como foi o caso da CVB/RS, tem um comportamento de busca de mercado muito próprio do comportamento de entidades empresárias.

Entretanto, aparentemente, com uma particularidade que é uma espécie de apadrinhamento do governo local que lhe concede imunidade mesmo perante aos órgãos fiscalizadores, que apesar dos indícios, possuem dificuldade em cobrar o cumprimento das leis às quais essa OS deveria se submeter.

Fica a observação de que em concordância com a literatura produzida por sanitaristas, e a despeito das considerações econômicas feitas sobre as diferenças entre neoliberalismo, social-liberalismo, neodesenvolvimentismo, seguimos na certeza de que os malefícios comprovados pelo empirismo da atuação das OS estudadas nesse trabalho se sobrepõem em muito às benesses apregoadas por seus defensores, que em muito apenas reproduzem de forma atualizada os mesmos dizeres de Bresser-Pereira em seus escritos iniciais de proposição de reforma de Estado.

Apesar da timidez deste estudo, esperamos que o mesmo possa subsidiar o estudo e qualificação das lutas dos trabalhadores e trabalhadoras que ocupando os espaços da academia possam produzir a partir de sua prática um conhecimento factível com as problemáticas reais que encontram no seu dia-a-dia.

6. REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L.; COSTA, V. M. F. Reforma do Estado e o contexto federativo brasileiro / State reform and the Brazilian federative context. *São Paulo; Konrad-Adenauer-Stiftung; 1998. 187 p. tab, graf*

ALMEIDA, C. M. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança / Reform of the State and reform of health systems: international experiences and trends for changes. *Ciênc. saúde coletiva; 4(2): 263-86, 1999.*

ANDREAZZI, M. F. S. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: inconsistências à luz da reforma do Estado / Brazilian Hospital Services Company: inconsistencies in light of State reform. *Rev. bras. educ. m,d; 37(2): 275-284, abr.-jun. 2013.*

ANDREAZZI, M. F. S. O Público e o privado na atenção à saúde: notas para uma caracterização de trajetórias e desafios no Brasil. [In] BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Org) Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos. São Paulo: Cortez, 2012

ANDREAZZI, M. F. S. Teias e tramas: relações público-privadas no setor saúde brasileiro dos anos 90 / The spiderwebs and the woofs: the private and the public relationship pattern inside the brazilian health sector during the 90Æs. *Rio de Janeiro; s.n; 2002. 350 p.*

ARAÚJO, I. M. M. Vitória de Pírrro: a reforma sanitária brasileira na década de 80 e o papel dos movimentos populares em saúde na Paraíba. João Pessoa: [s.n.], 2011.

ARMANDA, F.; MUNTANER, C.; NAVARRO, V. Health and social security reforms in Latin America: the convergence of the World Health Organization, the World Bank, and transnational corporations. *Int J Health Serv*; 31(4): 729-68, 2001.

BAHIA, L. A *démarche* do Privado e Público no sistema de atenção à saúde no Brasil em tempos de democracia e ajuste fiscal, 1988-2008. [In] MATTA, G. C. (Org) Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz/EPSJV, 2008

BAPTISTA, T. W. F.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes / State responsibility and right to health in Brazil: a balance of the Branches' actions. *Ciênc. saúde coletiva*; 14(3): 829-839, maio-jun. 2009. *tab.*

BEHRING, E. R. Crise do Capital, fundo público e valor. [In] BOSCHETTI, I. (Org) Capitalismo em crise, política social e direitos. São Paulo: Cortez, 2010

BORGES, D. F.; FERNANDES, K. C. Descentralização das ações e serviços de saúde do SUS na cidade de Natal: democratização ou privatização? / The decentralization of health services and activities by SUS (Sistema Unico de Saúde) in the city of Natal: democratization or privatization? *Rev. adm. pública*; 36(4): 565-585, jul.-ago. 2002. *Tab*

BOSCHETTI, I. Os custos da crise para a política social. [In] BOSCHETTI, I. (Org) Capitalismo em crise, política social e direitos. São Paulo: Cortez, 2010

BRAGA, I. F. Entidades empresariais e a política nacional de saúde: da cultura de crise à cultura da colaboração / Business entities and national health policy: the cultural crisis of the culture of collaboration. *Rio de Janeiro; s.n; 2012. 186 p. tab.*

Brasil. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado / Secretaria da Reforma do Estado Organizações sociais. / Secretaria da Reforma do Estado. Brasília: Ministério da Administração e Reforma do Estado, 1997. 74 p. (Cadernos MARE da reforma do estado; v. 2)

Brasil. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. A Reforma administrativa do sistema de saúde/ Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Brasília: MARE, 1998. 33 p. (Cadernos MARE da reforma do estado; c. 13)

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. A saúde nos governos lula e Dilma: algumas reflexões. [In] BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Org) Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de janeiro: UERJ. Rede Sirius, 2011

BRESSER-PEREIRA, L. C. Crise econômica e reforma do Estado no Brasil: para uma nova interpretação da América Latina. São Paulo: Ed 34, 1996

BRESSER-PEREIRA, L. C. Entrevista sobre organizações sociais. Entrevista Carlos Augusto Guimarães, estudante do mestrado em ciência política da UFPE sobre orientação dos professores Marcus André Melo e Flávio Rezende. São Paulo, 16 de março, 2001.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Privatização da Saúde. Folha de S.Paulo, 16.01.11, 2011. disponível em <[http://www.bresserpereira.org.br/Articles/2011/138.Privatizacao da Saude.pdf](http://www.bresserpereira.org.br/Articles/2011/138.Privatizacao_da_Saude.pdf) > Acesso em [25 de maio de 2014](#)

BRESSER-PEREIRA, L. C. **REFORMA ADMINISTRATIVA DO SISTEMA DE SAÚDE.**

Trabalho apresentado ao Colóquio Técnico prévio à

XXV Reunião do Conselho Diretivo do CLAD. Buenos Aires, 25 de outubro, 1995 disponível em

<<http://www.bresserpereira.org.br/papers/1995/97.ReformaSistemaSaude.pdf>>. Acesso em 25 de maio de 2014

BRESSER-PEREIRA, L. C. REFORMA GERENCIAL NA SAÚDE. S/D. Disponível em

<<http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/Saude/Cap14-Saude.pdf>> acesso em 25 de maio de 2014

BUENO, R. L. P. Eficiência técnica e gestão de hospitais do estado de São Paulo / Technical efficiency and management of public hospitals of the State of São Paulo. *Divulg. sa£de debate*; (37): 90-103, jan. 2007. Tab

CARDOSO, F. H. Reforma e imaginação. [In] BATISTA, P. N. (Org) Em defesa o interesse nacional. Rio de janeiro: Paz e Terra, 1995

CHERCHIGLIA, M. L.; DALLARI, S. G. A reforma setorial do Estado brasileiro na década de 1990: eficiência e privatização? Um estudo num hospital público universitário / The sectorial reform of the Brazilian State in the 90s: efficiency and privatization? A study in a university public hospital. *Rev. adm. p£blica*; 37(2): 313-333, mar.-abr. 2003. Tab

COHN, A. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil / Economical change and health policies in Brazil. In. Laurell, Asa Cristina. *Estado e políticas sociais no neoliberalismo. São Paulo, Cortez, 1995. p.225-44.*

CORREIA, M. V. Por que ser contra aos novos modelos de gestão do SUS? [In] BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Org) Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ. Rede Sirius, 2011

COSTA, D. F.; PENA, P. G. L. Persistem estratégias políticas ultraliberais para a saúde do trabalhador: uma contribuição ao debate / Subjacent liberal political strategies for workers' health: contribution to debate. *Ciênc. saúde coletiva*; 10(4): 812-814, out.-dez. 2005.

COSTA, F. L. Por uma outra reforma do Estado: estratégias alternativas ao paradigma gerencialista / By other State Reform: alternatives strategies to managerial paradigm. *Rev. adm. pública*; 34(1): 267-70, jan.-fev. 2000.

COSTA, F. L.; PECI, A. Desestatização como estratégia de reforma do Estado: análise preliminar da privatização no Brasil na Nova República / Descentralization as strategy of State reform: preliminary analysis of privatization in Brazil of New Republic. *Rev. adm. pública*; 33(3): 191-205, maio-jun. 1999.

COSTA, N. R.; RIBEIRO, J. M.; SILVA, P. L. B. Reforma do Estado e mudança organizacional: um estudo de hospitais públicos / State reform and organizational change: a study of public hospitals. *Ciênc. saúde coletiva*; 5(2): 427-42, 2000.

DI PIETRO, M. S. Z. Parcerias na administração pública / Partnership in the public administration. *São Paulo; Atlas*; 2002. 395 p.

FALEIROS, V. P. O trabalho da política: a saúde e segurança dos trabalhadores. São Paulo: Cortez, 1992

FARHAH, M. F. S. Parcerias, novos arranjos institucionais e políticas públicas no nível local de governo / Partnerships, new institutional arrangements, and public policies in local government. *Rev. adm. pública*; 35(1): 119-44, jan.-fev. 2001.

FLEURY, S. Reforma do Estado, seguridade social e saúde no Brasil. [In] MATTA, G. C. (Org) Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz/EPSJV, 2008

GOMES, H. O. A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares e os Hospitais Universitários Federais. Rio de Janeiro. 2012.

IBAÑEZ, N.; VECINA NETO, G. Modelos de gestão e o SUS / Management models and Brazil's National Health System (SUS). *Ciência & Saúde Coletiva*; 12(supl): 1831-1840, nov. 2007.

JUSTO, A. M. O processo de intervenção federal no Município do Rio de Janeiro: possibilidades de inovação na gestão e a condição dos recursos humanos nos hospitais refederalizados / Federal intervention process the municipality of Rio de Janeiro: opportunities for innovation in management and human resource condition in hospitals refederalized. *Rio de Janeiro*; s.n; 2008. xiv,161 p. tab.

LAMARCA, I. C. S. A. Reformas administrativas e políticas de incorporação da força de trabalho no Governo Central Brasileiro (1995-2006) / Administrative and political reforms in the incorporation of the workforce in the Central Government Brasileiro (1995-2006). *Rio de Janeiro*; s.n; 2009. xii,139 p.

LAURELL, A. C. Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. [In] LAURELL, A. C. (Org) Estado e políticas sociais no neoliberalismo. São Paulo: Cortez, 1995

LESSA, S. Capital e Estado de bem-estar: o caráter de classe das políticas públicas. São Paulo: Instituto Lukács, 2013

LIMA, C. C.; RIBEIRO, E. S. Novos modelos na administração pública da saúde / New models in public health management. *Rev. adm. saEde*; 6(22): 19-26, jan.-mar. 2004.

MARTINS, H. F. Publicização e Organizações Sociais: Construindo organizações multicêntricas, 1998. Disponível em <http://www.governomatricial.com.br/novo-site-din/publix/publicacoes/publicacao_12-07-2011_11-55-42artigo.pdf>, acesso em 21 de fevereiro de 2014

NANSUM, N. O perfil da assistência à saúde no país, REGULAR OU GERENCIAR? EIS A QUESTÃO. REVISTA SER MÉDICO Edição 27 - Abril/Maio/Junho de 2004

NETTO, J. P. Capitalismo monopolista e serviço social. São Paulo: Cortez, 2009

PEREIRA, P. A. P. Política Social: universalidade versus focalização. Um olhar sobre a América Latina. [In] BOSCHETTI, I. (Org) Capitalismo em crise, política social e direitos. São Paulo: Cortez, 2010

PINTO, R. F. Inovações no fornecimento de bens e serviços públicos / Innovations in supplying of public goods and services. *Rev. adm. pEblica*; 33(1): 135-49, jan.-fev. 1999

REICHEL, A. J. Opinião: sobre a desconstrução de serviços públicos que funcionam / Opinion: about deconstruction of public services that work. *Rev. HCPA & Fac. Med. Univ. Fed. Rio Gd. do Sul*; 29(1): 82-83, 2009.

SANTOS, I. S. O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada / The public-private mix in health system in Brazil: elements for the regulation of duplicate coverage. *Rio de Janeiro; s.n; 2009. xv,186 p.*

SANTOS, M. A. B. Terceirização da prestação de serviços de saúde no SUS: o caso das análises clínicas / Outsourcing the provision of health services in SUS: the case of medical tests. *Rio de Janeiro; s.n; 2012. 144 p.*

SCHEFFER, M; BAHIA, L. Representação política e interesses particulares na saúde: o caso do financiamento de campanhas eleitorais pelas empresas de planos de saúde privados no Brasil / Political representation and private interests in health: a case study on the financing of voting campaigns by private health plans in Brazil / Representación política y los intereses privados en materia de salud: el caso de la financiación de las campañas electorales por compañías de planos de salud privados en Brasil. *Interface comun. saÉde educ; 15(38): 947-956, jul.-set. 2011.*

SILVA, C. E. S. Autonomia de gestão e concorrência: em busca de novas formas de gestão do setor público em um contexto pós-fordista / Autonomous management and competition: searching for new forms of public sector administration in a postfordian structure. *Rev. adm. públca; 28(3): 211-228, jul.-set. 1994.*

SIMIONATTO, I.; LUZA, E. Estado e sociedade civil em tempos de contrarreforma: lógica perversa para as políticas sociais. *Texto e Contexto. Porto Alegre. ago/dez 2011. P. 215-226*

SOARES, R. C. A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o serviço social. [In] BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Org) Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos. São Paulo: Cortez, 2012

SODRÉ, F.; LITTIKE, D.; DRAGO, L. M. B.; PERIM, M. C. M. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão? / Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (The Brazilian Company of Hospital Services): a new management model?. *Serv. soc. soc*; (114): 365-380, abr.-jun. 2013.

TOLFO, S. R.; COUTINHO, M. C. Implicações de enxugamento para ex-trabalhadores de empresas estatais / Implications of layoff programs for ex-workers of state companies. *Psicol. soc*; 19(spe): 57-65, 2007.

UNGER, J. P.; de PAEPE, P.; CANTUARIAS, G. S.; HERRERA, O. A. Chile's neoliberal health reform: an assessment and a critique. *PLoS Med*; 5(4): e79, 2008