



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

IVINE CAMILE SOARES COSTA

A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO DISTRITO FEDERAL: DIÁLOGO  
ENTRE PASSADO, PRESENTE E FUTURO

BRASÍLIA/DF

2017

IVINE CAMILE SOARES COSTA

A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO DISTRITO FEDERAL: DIÁLOGO  
ENTRE PASSADO, PRESENTE E FUTURO

Trabalho de conclusão de curso  
apresentado ao Departamento de Serviço  
Social da Universidade de Brasília para a  
obtenção do título de Bacharel em Serviço  
Social.

ORIENTADOR (A): PROF. DRA. JANAINA LOPES DO NASCIMENTO DUARTE

BRASÍLIA/DF

2017

FOLHA DE APROVAÇÃO

IVINE CAMILE SOARES COSTA

A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO DISTRITO FEDERAL: DIÁLOGO  
ENTRE PASSADO, PRESENTE E FUTURO

Trabalho de conclusão de curso  
apresentado ao Departamento de Serviço  
Social da Universidade de Brasília para a  
obtenção do título de Bacharel em Serviço  
Social.

APROVADO EM: \_\_\_/\_\_\_/ 2017

BANCA EXAMINADORA

PROF. DRA. JANAINA LOPES DO NASCIMENTO DUARTE (SER/UNB)  
(ORIENTADORA)

PROF. MA. LILIAM DOS REIS SOUZA SANTOS  
(MEMBRO INTERNO DO SER/UNB)

PROF. MA. ISABELA RAMOS RIBEIRO  
(MEMBRO INTERNO DO SER/ UNB)

## AGRADECIMENTOS

Quero agradecer principalmente a minha mãe, que sempre me apoiou e me deu todo o suporte necessário para iniciar e terminar esta graduação, além de ter me dado força e apoio durante toda a minha vida, que não foi fácil, sem ela não teria vontade e nem garra para tal feito.

À professora Janaína Lopes do Nascimento Duarte, que sempre se mostrou muito solícita, orientando-me com a maior competência, dedicação e atenção. Todo o meu respeito e simpatia. Obrigada pela sua imensa ajuda para organizar e corrigir este trabalho, que me absorveu completamente, e que por várias vezes pensei em desistir, mas suas palavras serviram de estímulo para seguir em frente. Sem sua participação tudo seria bem mais difícil.

Às professoras Liliam e Isabela por aceitarem o convite para participar da banca de defesa e por contribuírem enormemente para a confecção deste trabalho.

Aos demais professores do Departamento de Serviço Social pelos ensinamentos, pela paciência e acompanhamento nessa longa caminhada, ministrando aulas maravilhosas.

Aos meus amigos, poucos e bons, que mesmo ausentes foram de grande importância para realização desta conquista.

Enfim, a todos que de uma maneira ou de outra me ajudaram na realização de mais essa etapa da minha vida.

## RESUMO

Esse trabalho de conclusão de curso tem como problema a questão de como se deu o processo da privatização/terceirização da Saúde Pública no Distrito Federal através da análise dos casos de privatizações hospitalares de maior destaque que ocorreram no Distrito Federal nos últimos tempos. Então, através das análises dos fatos que ocorreram no passado e que ainda acontecem no presente, tentamos analisar quais os desafios que podem ocorrer em um futuro bem próximo com a criação do Instituto Hospital de Base do Distrito Federal (IHBDF). Os procedimentos metodológicos utilizados foram pesquisas bibliográficas e documentais. O trabalho está organizado em 3 capítulos, o primeiro fala sobre a importância de marcos históricos da Saúde Pública Brasileira, como Reforma Sanitária, a Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS. Já o segundo capítulo, traz os modelos de gestão com perspectiva neoliberal que ocorre na política de saúde (terceirização/privatização dos serviços). E o terceiro e último capítulo, discorre sobre a crise na saúde pública do Distrito Federal através de exemplos, problematizando casos de unidades que sofreram o processo de privatização no Distrito Federal, além de demonstrar os desafios constatados para o profissional do serviço social inserido nesse contexto. Os desafios atuais são muitos e o profissional do Serviço Social está intimamente envolvido no compromisso com a manutenção dos direitos sociais que estão sendo perdidos e até a ampliação dos mesmos através de lutas de uma sociedade que deve estar bem informada para alcançar aquilo que deseja. Ao concluir, foi possível compreender, principalmente, o processo de terceirização/privatização da Saúde Pública no Distrito Federal e o reflexo deste no atendimento à população que necessita ser assistida nas instituições de saúde, tanto as citadas quanto aquelas que ainda não foram afetadas por este processo. Satisfazendo, assim, os objetivos da pesquisa.

Palavras-chave: Privatização. Terceirização. Serviço Social. Direitos. Saúde.

## ABSTRACT

This work of conclusion of course has as problem the question of how the process of privatization / outsourcing of Public Health in the Federal District through the analysis of the cases of major hospital privatization that have occurred in the Federal District in recent times. Then, through the analysis of the facts that have occurred in the past and that still happen in the present, we try to analyze what challenges may occur in the very near future with the creation of the Federal District Institute of Hospitality (IHBDF). The methodological procedures used were bibliographic and documentary research. The work is organized in three chapters, the first one discusses the importance of historical milestones of Brazilian Public Health, such as Sanitary Reform, the Federal Constitution of 1988 and the creation of SUS. The second chapter presents management models with a neoliberal perspective that occurs in health policy (outsourcing / privatization of services). And the third and final chapter discusses the crisis in the public health of the Federal District through examples, problematizing cases of units that underwent the privatization process in the Federal District, in addition to demonstrating the challenges faced for the social service professional inserted in this context. The current challenges are many and the Social Work professional is intimately involved in the commitment to the maintenance of the social rights that are being lost and even to the expansion of them through the struggles of a society that must be well informed to achieve what it wishes. In conclusion, it was possible to understand, mainly, the process of outsourcing / privatization of Public Health in the Federal District and the reflection of this in the service to the population that needs to be assisted in health institutions, both those cited and those that have not yet been affected by this process. Thus satisfying the objectives of the research.

Keywords: Privatization. Outsourcing. Social service. Rights. Health.

## SUMÁRIO

Introdução.....	8
1. A IMPORTÂNCIA DE MARCOS HISTÓRICOS NA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA .....	12
1.1. A Reforma Sanitária como conquista.....	12
1.2. A Constituição Federal de 1988 já em tempos neoliberais .....	15
1.3. A Criação do SUS.....	18
2. MODELO DE GESTÃO NEOLIBERAL NA POLÍTICA DE SAÚDE: TERCEIRIZAÇÃO/PRIVATIZAÇÃO DOS SERVIÇOS EM QUESTÃO.....	22
2.1. Contextualização das implicações da política neoliberal para a criação dos novos modelos de gestão.....	22
2.2. Da Administração Pública Burocrática à Gerencial.....	25
2.3. Parcerias entre o Estado e o Setor Privado.....	28
2.4. OSCIPs, OSs e PPPs.....	31
2.5. Modelos de Gestão e a Crise na Saúde Pública .....	36
3. CRISE NOS HOSPITAIS DO DISTRITO FEDERAL.....	39
3.1. O processo de terceirização/privatização dos serviços no Distrito Federal.....	39
3.2. A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) no Hospital Universitário de Brasília (HUB) .....	41
3.3. A Empresa Real Sociedade Espanhola no Hospital Regional de Santa Maria.....	45
3.4. A Criação do Instituto Hospital de Base do Distrito Federal (IHBDF) .....	47
3.5. Desafios atuais .....	50
Considerações Finais .....	53
Referências Bibliográficas.....	55

## INTRODUÇÃO

Esse trabalho tem como problema a questão de como se deu o processo da privatização/terceirização da Saúde Pública no Distrito Federal através da análise dos casos de privatizações hospitalares de maior destaque que ocorreram no Distrito Federal nos últimos tempos.

Neste sentido, tem-se como objetivo geral compreender o processo de terceirização/privatização da saúde pública do Distrito Federal e o reflexo no atendimento à população que necessita ser assistida nessas instituições de saúde, conforme preconiza o SUS.

Para alcançarmos tal objetivo geral, partiremos dos seguintes objetivos específicos:

I. Destacar a importância de marcos históricos como a Reforma Sanitária, a Constituição Federal e a criação do SUS na Saúde Pública Brasileira;

II. Reconstituir o processo de implantação do modelo de gestão neoliberal na Política de Saúde baseado na terceirização/privatização dos seus serviços, compreendendo especificamente os modelos de gestão em vigor, como as Organizações Sociais (OSS) e as Fundações Estatais de direito privado (EBSERH);

III. Caracterizar o processo de terceirização/privatização dos serviços de saúde no Distrito Federal, comparando casos de privatizações hospitalares no passado, presente e futuro, além de elencar os desafios observados em tal prática.

O interesse por tal tema partiu do fato de estar inserida no Hospital de Base do Distrito Federal, atuando na área da saúde, mais especificamente, na área da Enfermagem, como concursada há 5 anos, além de estar cursando o estágio curricular obrigatório em Serviço Social nessa instituição que passa pelo processo de privatização no momento atual, o que gera incertezas e possibilidade de descontinuidade nos serviços prestados.

Existe um interesse nosso particular em analisar o caso do HBDF por possuir um envolvimento profissional com essa instituição e acompanhar, de perto, o dilema



que vive tanto os funcionários que lá trabalham, quanto a população que usa e depende dos serviços realizados pela instituição.

Como procedimentos metodológicos, foram realizadas:

- 1) Pesquisas bibliográficas por meio dos artigos científicos disponibilizados nas bases de dados da Scielo, por meio eletrônico, e em literaturas específicas, de autores especialistas em suas respectivas áreas, sobre o tema escolhido; e
- 2) Pesquisa documental, nos quais trabalhamos com várias legislações federais e distritais que tratavam, particularmente, sobre o processo de terceirização/privatização da saúde, bem como material divulgado em jornais impressos e digitais de grande circulação na região pesquisada, o Distrito Federal<sup>1</sup>.

Para Minayo (2004) uma pesquisa pode ser entendida como a atividade básica da ciência na sua indagação e construção da realidade. Logo, os métodos de pesquisa, por sua vez, dizem respeito ao conjunto de processos que o espírito humano deve empregar na investigação e demonstração da verdade e depende do objeto da pesquisa (CERVO; BERVIAN, 1978). Se esse método for de natureza científica, logo subtende alcançar respostas para o problema de pesquisa proposto e citado anteriormente.

Nesse sentido, utilizou-se neste projeto a pesquisa qualitativa. Segundo Minayo (1999), na abordagem qualitativa não podemos pretender encontrar a verdade com o que é certo ou errado, ou seja, devemos ter como primeira preocupação à compreensão da lógica que permeia a prática que se dá na realidade. Este tipo de pesquisa objetiva proporcionar maior familiaridade com o problema (fenômeno a ser investigado), com vista a torná-lo mais explícito ou construir hipóteses a respeito do mesmo após a leitura atenta do conteúdo.

---

<sup>1</sup>Aqui tivemos um cuidado redobrado, a fim de não trabalharmos com informações tendenciosas, ou mesmo, que favorecessem a certos partidos políticos, pois este não era nosso objetivo com a pesquisa. Nossa preocupação com a utilização de informações de jornais tem relação com, de acordo com Maria Helena Rolim Capelato (1988), a obsessão dos pesquisadores em busca da verdade. “Até a primeira metade deste século [século XX], os historiadores brasileiros assumiam duas posturas distintas em relação ao documento-jornal: o desprezo por considerá-lo fonte suspeita ou o enaltecimento por encará-lo como repositório da verdade. Neste último caso, a notícia era concebida como relato fidedigno da verdade” (CAPELATO, 1988, p. 21).

A relevância da pesquisa é percebida na possibilidade de desvendar, através da descrição de fatos atuais e históricos, como a forma de apresentação do novo modelo de gestão, que pretende gerir o Hospital de Base, é obscura por parte de Governo do Distrito Federal, trazendo tantas polêmicas e prejuízos para a saúde enquanto política pública. Situação tal que traz para população um sentimento de dúvida perante a determinadas mudanças, principalmente aos profissionais de saúde que atuam diretamente nesse ambiente.

Desta forma, faz-se necessária a análise de modelos de gestão que aconteceram no Hospital Universitário de Brasília (HUB), com a atuação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), e no Hospital Regional de Santa Maria, com a Empresa Real Sociedade Espanhola que foi destituída no ano de 2011, sendo esse hospital devolvido para a administração pública.

Então, através das análises dos fatos que ocorreram no passado e que ainda acontecem no presente, tentamos analisar quais os desafios que podem ocorrer em um futuro bem próximo com a criação do Instituto Hospital de Base do Distrito Federal (IHBDF).

O estudo buscou explorar elementos importantes para o debate acerca dos novos modelos de gestão utilizados na saúde pública, mais especificamente na rede hospitalar que atende a população do Distrito Federal.

Este trabalho de conclusão de curso está organizado em 3 capítulos, o primeiro fala sobre a importância de marcos históricos da Saúde Pública Brasileira, como Reforma Sanitária, a Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS. Já o segundo capítulo, traz os modelos de gestão com perspectiva neoliberal que ocorre na política de saúde (terceirização/privatização dos serviços). E o terceiro e último capítulo, discorre sobre a crise na saúde pública do Distrito Federal através de exemplos, além de demonstrar os desafios constatados para o profissional do serviço social inserido nesse contexto.

Diante de todo o exposto, foi necessário problematizar os casos ocorridos nas unidades hospitalares HUB (Hospital Universitário de Brasília) e HRSM (Hospital Regional de Santa Maria), pois mesmo sendo propostas diferentes acabam seguindo a mesma lógica de um Estado, enxugado ao máximo, através das

estratégias de privatização e terceirização na área da Saúde, tanto no Brasil quanto no Distrito Federal.

No entanto, esta monografia não teve a pretensão de esgotar o debate sobre o processo de terceirização/privatização dos serviços de saúde no Distrito Federal, mas contribuir com o debate crítico sobre o tema, provocando o surgimento de outros estudos, pesquisas e reflexões sobre as implicações dos novos modelos de gestão para as políticas de saúde, para os trabalhadores, usuários, dentre outros sujeitos importantes nesses processos característicos da tentativa de privatização da saúde pública brasileira.

## 1. A IMPORTÂNCIA DOS MARCOS HISTÓRICOS NA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

Para entender os dias atuais da saúde pública no Brasil, é preciso conhecer a contribuição dos marcos históricos para a construção daquilo que se tem na atualidade. Sendo assim, faz-se necessário conhecer brevemente a história da organização sanitária no Brasil, como se deu a reforma sanitária, a contribuição da Constituição Federal de 1988 que está em vigor até hoje, e como foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) e como esse sistema passa a representar uma conquista, do ponto de vista dos direitos sociais, à classe trabalhadora no Brasil.

No contexto de Estado democrático, após um determinado período comandado pela ditadura civil militar, e a partir dos movimentos sociais e de correlação de forças estabelecidos na Constituinte, o Brasil contava com a nova carta constitucional promulgada em 1988, que transformou a saúde em direito e deu origem ao processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado, alterando a organização da saúde pública existente, naquela época, no país.

### 1.1. A REFORMA SANITÁRIA COMO CONQUISTA

Os principais aspectos institucionais, políticos e sociais que conformaram a reforma sanitária, suas rupturas, continuidades e principais iniciativas têm que ser citadas para a compreensão da importância do legado deixado pela reforma sanitária brasileira.

As décadas de 1970 e 1980 foram marcadas por crises econômicas, políticas e sociais, redefinindo relações entre o Estado e a sociedade, trazendo consequências para as políticas sociais. No Brasil, a categoria movimento social foi referenciada aos movimentos de reivindicações e de lutas urbanas e rurais, como o MST (Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra), limitados a determinados grupos que pressionavam o Estado a cumprir suas tarefas no campo social. Esses movimentos no Brasil apontavam uma oposição ao Governo, no contexto da ditadura, buscando assegurar a incorporação e a consolidação dos direitos sociais.

Esse cenário de luta e os demais acontecimentos obrigaram o Estado a propor mudanças na política de saúde brasileira como forma de enquadrar a questão social e canalizar as pressões populares. Diversas transformações aconteceram na sociedade desde a década de 1970, e essas transformações foram frutos das estratégias político-econômicas, para a superação da crise estrutural capitalista, instaurada nesse período.

A Reforma Sanitária nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970. A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população. Grupos de médicos e outros profissionais, inclusive os assistentes sociais, preocupados com a saúde pública desenvolveram teses e integraram discussões políticas. Este processo teve como marco institucional a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 (FIOCRUZ, 2017).

A preparação e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília, Distrito Federal, segundo Bravo (2006), foi um fato marcante e fundamental na discussão da Saúde no Brasil. A temática central versou sobre: I- A Saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; II- Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e III- Financiamento setorial (BRAVO, 2006, p.96)

Nesta conferência houve a participação de representantes da sociedade civil e também profissionais da área de saúde, representados pelas suas respectivas entidades. Segundo Bravo (2006), estes sujeitos coletivos debateram várias propostas tais como:

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

A reforma sanitária se mostrou como uma articulação política com objetivo de consolidar a democracia no país, não apenas um movimento popular que resultou das transformações que ocorriam nas décadas de 1970 e 1980.

Embora algumas das demandas propostas pelo movimento sanitarista não tenham sido atendidas de forma integral, as modificações na Constituição de 1988 aconteceram sob forte influência dos resultados obtidos pela reforma. O principal ganho se deu no sentido de colocar o direito à saúde como prioridade na agenda pública, dando origem à criação do SUS, que tem como diretrizes: integrar, gerir e executar os serviços públicos oferecidos por meio de uma rede hierarquizada, descentralizada, regionalizada cujo desenvolvimento integraria o controle social. A partir disso, a saúde passou a ser pensada com a participação de toda a sociedade.

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) baseada nas suas diretrizes e princípios, houve a necessidade de reestruturação do setor saúde, impulsionada pela iniciativa proposta por meio da Reforma Sanitária.

A proposta do SUS estava vinculada a uma ideia central: todas as pessoas têm direito à saúde. Este direito estava ligado à condição de cidadania. Não dependia do “mérito” de pagar previdência social (seguro social meritocrático), nem de provar condição de pobreza (assistência do sistema de proteção), nem do poder aquisitivo (mercado capitalista), muito menos da caridade (filantropia). Com base na concepção de seguridade social, o SUS supõe uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e de equidade, sem discriminações ou privilégios (PAIM, 2009, p.43)

Segundo Paim (2009, p. 50), a participação da comunidade expressa uma orientação para democratizar os serviços e as decisões em relação à saúde.

No caso brasileiro, a participação da comunidade era, também, um dos caminhos para a superação do autoritarismo impregnado nos serviços e nas práticas de saúde desde os governos militares, criando espaços para o envolvimento dos cidadãos nos destinos do sistema de saúde. Além da perspectiva do exercício da democracia no cotidiano dos serviços de saúde, esta diretriz busca assegurar o controle social sobre o SUS.

O Movimento pela Reforma Sanitária buscou um projeto contra hegemônico de saúde que intensificou a expressão “controle social” como “correspondente a uma moderna compreensão da relação Estado-sociedade, onde a esta cabe estabelecer práticas de vigilância e controle sobre aquele” (CARVALHO, 1995, p. 8).

O sentido de controle social inscrito na Constituição de 1988, é exatamente àquele demonstrado pelo movimento de reforma sanitária na saúde, que é o de participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais.

Com base nesses fatos, entende-se que é por meio do controle social que a sociedade civil pode interferir na gestão das políticas públicas; momento em que a população pode participar e defender os interesses das classes, e de alguma forma, se posicionar como sujeitos políticos atuantes nas políticas públicas sociais.

## 1.2. A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 JÁ EM TEMPOS NEOLIBERAIS

A Constituição Federal de 1988 inaugurou uma nova fase de democratização das ações e das funções do Estado brasileiro. As propostas da Reforma Sanitária resultaram na universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O direito à saúde foi inserido na Constituição Federal de 1988 no título destinado à ordem social, que tem como objetivo o bem-estar e a justiça social. Nessa perspectiva, a Constituição Federal de 1988, no seu Art. 6º, estabelece como direitos sociais fundamentais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância (BRASIL, 1988).

Em seguida, no Art. 196, a Constituição Federal de 1988 reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

O texto referente à saúde na Constituição foi fruto de vários acordos políticos e pressões populares que atenderam parcialmente as reivindicações do movimento sanitarista. Para Teixeira (1989), os aspectos mais relevantes, aprovados na Constituição Federal de 1988, foram:

O direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não-segurado, rural/urbano; as ações e Serviços de Saúde passaram a ser consideradas de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle; constituição do Sistema Único de Saúde, integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade; a participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para a subvenção às instituições com fins lucrativos (TEIXEIRA, 1989, p.50-51).

Com a Constituição Federal de 1988 ficou assegurado um padrão universal de proteção social. Entretanto, tem uma grande complexidade na implementação dos direitos sociais, pois o princípio de universalidade da cobertura proposto:

[...] não tem a pretensão de garantir direitos iguais a todos os cidadãos, mas assegura a política de saúde como direito universal, estabelecendo a assistência como direito aos que dela necessitam, mas mantém a previdência submetida à lógica do seguro, visto que o acesso aos direitos é derivado de uma contribuição direta anterior. (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p.157)

Esse princípio ao ser constituído tinha o objetivo de provocar mudanças profundas nas políticas de saúde, previdência e assistência, no sentido de articular essas políticas de forma ampliada, coerente e consistente. Porém, isso não aconteceu conforme o proposto, uma vez que havia uma forte tensão já com a perspectiva neoliberal emergente no final dos anos 1980, que procurou manter políticas sociais privatizadas e focalizadas.



Na primeira oportunidade em que mencionou o direito à saúde, a Constituição Federal de 1988 já apontou a diferença do tratamento dispensado a esse direito diferenciando-o da previdência social.

De acordo com o artigo 196 da Constituição, a saúde é direito de todos e dever do Estado (BRASIL,1988). A saúde se trata de um segmento específico da Seguridade Social e tem a finalidade mais ampla de todos os ramos protetivos porque não possui restrição de beneficiários e o seu acesso também não exige contribuição dos beneficiários. Já a Previdência Social é um segmento da seguridade social que vai se preocupar exclusivamente com os trabalhadores e com os seus dependentes econômicos. A previdência social é a técnica de proteção social destinada a afastar necessidades sociais decorrentes de contingências sociais que reduzem ou eliminam a capacidade de auto sustento dos trabalhadores e/ou de seus dependentes, conforme o Art. 201 da Constituição: A previdência social será organizada sob a forma de regime geral, de caráter contributivo e de filiação obrigatória, observados os critérios que preservem equilíbrio financeiro e atuarial.

Após a Constituição Federal de 1988, foi reconhecido o direito de todos de obter os serviços e ações de saúde independentemente de contribuição, diferentemente do que ocorre no sistema de previdência social, essencialmente contributivo.

Entretanto, esse cenário de redemocratização, que incide em aspectos políticos e econômicos, insere-se num campo ideologicamente contraditório: de um lado, encontra-se à constituição cidadã recém-aprovada, que amplia os direitos sociais, principalmente, no que diz respeito ao estabelecimento da Seguridade Social brasileira composta pelo tripé Saúde, Previdência e Assistência Social; por outro, as ideias neoliberais que já vinham se consolidando mundialmente e passam a influenciar também o nosso país (SILVA, 2012).

O neoliberalismo, ao contrário do processo de redemocratização proposto pela Constituição, defende o fortalecimento da oferta, redução do valor da força de trabalho e do tempo necessário à produção dos bens, incentiva a “liberdade de mercado e a não participação do Estado no que se refere ao trato com o social” (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2010).

O modelo neoliberal chega ao Brasil e ganha força ao longo do governo do ex-presidente Fernando Henrique Cardoso através do Plano da Reforma do Estado encaminhado ao Congresso Nacional em de agosto 1995. As ideias defendidas por este plano de reforma traziam o entendimento de que as funções estatais eram de “coordenar e financiar as políticas públicas e não de executá-las” (REZENDE, 2008).

No que se refere à política de saúde no Brasil, o avanço das ideias neoliberais significou um retrocesso aos ganhos alcançados com a Constituição Federal de 1988. Em outras palavras, diante da relação que se estabelece entre o público e o privado no âmbito da saúde, instaura-se um processo de expansão da privatização, pois esta vem se configurando como a saída encontrada pelos atuais governos como forma de resolver os problemas existentes no nosso sistema de saúde. Tal processo representa riscos a consolidação do SUS enquanto modelo de gestão estatal comprometido com o alcance da universalidade na execução das políticas públicas, além do envolvimento com a comunidade e controle social.

### 1.3. A CRIAÇÃO DO SUS

No contexto de um Estado democrático, a carta constitucional promulgada em 1988, transformou a saúde em direito individual e deu origem ao processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde, alterando profundamente a organização da saúde pública no país.

O estudo sobre a história da saúde pública brasileira nos revela que havia um tratamento desigual a população, caracterizando-se pela ausente ou pouca intervenção do Poder Público e a restrição de serviços de saúde a determinadas classes sociais. Os beneficiários da saúde eram apenas as pessoas que contribuíam com a Previdência Social, em regra, pessoas com vínculo empregatício. Aos excluídos da Previdência Social restava a prestação dos serviços de saúde apenas na forma curativa, estando à mercê dos serviços de instituições filantrópicas de saúde para a prestação dos serviços médicos.

A partir da Constituição de 1988, através de articulação, mobilização e luta de trabalhadores e usuários da saúde, foi elaborado o SUS, marcado pelos princípios

de universalidade, equidade, integralidade, descentralização político-administrativa e participação social, integrante da seguridade social e financiado por este orçamento (TEIXEIRA, 2012).

O SUS diferentemente de outras políticas sociais, passou por um amplo processo de institucionalização legal, do qual participaram ativamente inúmeros técnicos da área, intelectuais e movimentos, em todo o país. Precedendo o Congresso Nacional Constituinte, realizou-se a VIII Conferência Nacional de Saúde, ainda em 1986, com participação relativamente ampla da sociedade civil organizada. Pactuaram-se então, não sem contradições e conflitos, a maioria das propostas que viriam a ser inscritas na nova Constituição: a saúde como direito de todos e dever do Estado, articulada às demais políticas sociais, dentro dos princípios de universalidade, equidade, integralidade, descentralização e controle social. Não se tratava mais de um seguro destinado ao mercado formal de trabalho, mas de um direito de cidadania, que se ampliava junto à criação da Seguridade Social. (BRASIL,1990)

O Sistema Único de Saúde substituiu o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia responsável pela saúde dos contribuintes da Previdência desde 1974, quando foi desmembrado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) até 1990, ano em que foi aprovada a Lei 8080, que implementou o Sistema Único de Saúde (SUS).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e nº 8.142/90, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão.

A Constituição Federal de 1988 não se limitou a prever a criação de uma estrutura organizacional para garantir o direito à saúde, indicou, ainda, como seria atuação desse órgão administrativo e os objetivos que deveria perseguir, conferindo o esboço do que seria o Sistema Único de Saúde. Mesmo com a previsão constitucional, os procedimentos para o adequado funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como as atribuições específicas dos órgãos, só puderam ser concretizadas a partir da elaboração das Leis específicas da Saúde.

Nesse propósito, foi criada a Lei Federal 8080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as atribuições e funcionamento do Sistema Único de Saúde, bem como a Lei Federal 8142, de 28 de dezembro de 1990, que trata sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

A participação da comunidade é regulamentada pela Lei nº. 8142/90, em seu Artigo 1º, que prevê a criação das instâncias colegiadas da Conferência de Saúde e do Conselho de Saúde. Um dos marcos da construção do SUS é a 8ª Conferência Nacional de Saúde que sistematizou os princípios e diretrizes defendidas pelo Movimento Sanitarista: “Formalizou um conceito ampliado de saúde (correlacionando-a com condições de vida, trabalho e lazer) e mecanismos de participação e controle social” (ALMEIDA FILHO, 2003, p. 208).

Na saúde, baseada no projeto de reforma sanitária, a lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, estabeleceu que em cada ente federado houvesse o conselho e a conferência de saúde como instâncias colegiadas. O conselho de saúde, de caráter deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, tem por atribuição deliberar sobre a política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. (BRASIL, 1990)

O funcionamento das conferências e dos conselhos encontra-se regulamentado por legislação própria, aprovada pelos respectivos conselhos.

Contudo, nos anos 1990, a saúde passa a ser palco de tensão entre dois projetos em disputa, o projeto da reforma sanitária, inscrito na Constituição Federal de 1988, e o projeto da saúde articulada ao mercado ou privatista, hegemônico desde meados da década de 1990, referendado pelo projeto neoliberal.

Este projeto hegemônico privatista, alicerçado pela política de ajuste fiscal, tem como principais propostas: “caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento” (BRAVO, 2009, p.101)

Dentro desse contexto, percebe-se as implicações da política neoliberal para a criação dos novos modelos de gestão que afetam diretamente todas as políticas sociais e também as ações de cultura e de conhecimento. A saúde é uma das políticas mais afetadas por esses novos meios de gerenciamento.

O que se percebe com a criação desses novos modelos de gestão do SUS é uma tentativa de privatização do sistema de saúde público. Privatização é uma expressão utilizada para apontar o processo de “transferência da gestão das atividades das políticas públicas para o setor privado, mediante repasses de recursos, de instalações públicas e de pessoal” (CORREIA, 2011, p.45).

Esse processo de ajuste de privatização inicia-se no governo Collor de Melo (1989-1992), mas é durante a gestão de oito anos do governo Fernando Henrique Cardoso (1995-2003) que ele se intensifica. Com a análise do retrato histórico da saúde no Brasil percebe-se a manutenção dessas ações nos governos petistas, de Lula (2003-2011), Dilma (2011-2016) e Temer (2016-2017).

No ano de 2007, durante o governo Lula, o Ministério da Saúde lança o “Mais Saúde: Direito de Todos 2008-2011”, o PAC (Programa de Aceleração do Crescimento) da Saúde, que pode ser considerado, junto com o Projeto de Lei 92/2007, como um segundo marco na contrarreforma da política de saúde, conferindo-lhe uma nova qualidade.

Esse processo se constitui numa grande ameaça a garantia dos direitos sociais, já que as áreas que estão sendo repassadas são decisivas no processo das lutas sociais cotidianas da efetivação de direitos duramente conquistados na forma da lei.

## 2. MODELO DE GESTÃO NEOLIBERAL NA POLÍTICA DE SAÚDE: TERCEIRIZAÇÃO/PRIVATIZAÇÃO DOS SERVIÇOS EM QUESTÃO

### 2.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DAS IMPLICAÇÕES DA POLÍTICA NEOLIBERAL PARA A CRIAÇÃO DOS NOVOS MODELOS DE GESTÃO

Na década de 1990 vive-se um paradoxo entre os direitos alcançados com a Constituição Federal de 1988 – no âmbito das políticas sociais – e a política econômica de recorte neoliberal. As políticas sociais devem ser entendidas como uma espécie particular de políticas públicas, ou seja, são políticas públicas focadas no social, dedicadas a garantir, ampliar e melhorar as condições de vida e de trabalho da população (NOGUEIRA, 2009).

A este respeito, Behring & Boschetti (2011) afirma que,

[...] no campo da política social [...] situam a emergência de políticas sociais como iniciativas exclusivas do Estado para responder a demandas da sociedade e garantir hegemonia ou, em outro extremo, explicam sua existência exclusivamente como decorrência da luta e pressão da classe trabalhadora. [...] predomina a visão do estado como uma esfera pacífica, desprovido de interesses e luta de classe (BEHRING & BOSCHETTI, 2011, p. 37).

Dessa maneira, a política de saúde configura-se como uma política social, visto que é uma política que se volta para áreas sociais com o propósito de melhorar as condições de vida da população.

A política de saúde nem sempre teve a mesma configuração, mas as alterações no formato da política de saúde brasileira foram acarretadas pelas necessidades sociais e, principalmente, pelo cenário político – que era desenhado por uma grande articulação entre os membros da sociedade civil para que a saúde fosse garantida como um direito universal.

A política econômica de recorte neoliberal representa uma forte ameaça às políticas sociais, visto que defende o “Estado Mínimo”, o que acabou acarretando a

transferência de responsabilidades alocadas à ação estatal para a sociedade civil (NETTO, 1996).

A proposta de um Estado Mínimo consiste no afastamento do Estado das “funções não prioritárias” para a alavancagem de um desenvolvimento autossustentado. A partir desse pensamento, desenvolve-se a ideia de que com a privatização e a diminuição do tamanho do Estado se reduziria o gasto público (SOARES, 2009). A Burguesia, por questões de interesse, defende a ideia de um Estado Mínimo, pois este só diminui de tamanho para as demandas da classe trabalhadora, sendo um Estado máximo para os interesses do capital.

Assim, as “funções não prioritárias” do Estado, como as políticas sociais, em especial a política de saúde, têm sido continuamente transferidas para responsabilidade de entidades da sociedade civil. Nesse contexto, prevalece o trinômio articulado do ideário neoliberal para as políticas sociais: a privatização, a focalização e a descentralização (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Desse modo, os serviços que deveriam ser oferecidos pelo Estado passam a ser transferidos para a esfera privada, por meio de contratos e convênios, estratégias estas que começam a ser colocadas em prática através dos novos modelos de gestão.

Nesse contexto de tensionamento entre os padrões universalistas e redistributivos de proteção social e a política neoliberal, caracterizada pela Reforma do Estado, a elaboração do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado assume expressiva importância. O Plano Diretor considera a necessidade de superação de um modelo burocrático de administração pública, sendo a favor de um modelo gerencial que tem a descentralização, o controle de resultados e o aumento da produtividade como principais características (BRAVO, 2001).

A adoção desse modelo gerencial de administração pública seria supostamente o caminho para a superação da crise fiscal, que segundo Bresser Pereira (1995) era o elemento central para o enfrentamento da crise do Estado. Mas os fatos mostram que, na realidade, ocorre uma crise social com a redução dos direitos da população, principalmente da classe trabalhadora.

No texto relacionado a Reforma do Aparelho do Estado fica evidente a distinção dos quatro setores no Estado que são: o Núcleo Estratégico, o Setor de Atividades Exclusivas, o Setor de Serviços Não-Exclusivos e o Setor de Bens e Serviços para o Mercado (BRASIL, 1995). O Plano Diretor considera como serviços não exclusivos do Estado a educação, a saúde, a cultura, a pesquisa científica e propõem a criação de organizações públicas não estatais para o gerenciamento desses serviços (BEHRING, 2000).

Um dos objetivos expressos no Plano Diretor para os serviços não exclusivos é o de transferir para o setor público não-estatal estes serviços, através de um programa de “publicização”, transformando as atuais fundações públicas em organizações sociais, ou seja, em entidades de direito privado, sem fins lucrativos, que tenham autorização específica do poder legislativo para celebrar contrato de gestão com o poder executivo e assim ter direito a dotação orçamentária (BRASIL, 1995, 46-47).

Dão-se as entidades privadas a oportunidade de se apropriar dos recursos disponibilizados à política pública de saúde e ainda se criam mecanismos que dificultam a transparência dos gastos e das atividades por elas realizadas. Apesar de existirem diferenças internas entre os modelos de gestão, todos eles são estratégias articuladas na estrutura do Estado orientadas pela ótica neoliberal, que tem por objetivo a natureza de repasse do fundo público para o setor privado. Portanto, é possível afirmar que está em curso um processo intenso de privatização do setor público de saúde.

As principais problemáticas levantadas sobre as novas formas de gerenciamento da saúde são: 1) contrariedade à legislação do SUS, 2) o prejuízo dos trabalhadores, 3) limitação do controle social. As transferências de gestão do Estado para as OSs, as OSCIPs ou para as Fundações Estatais contrariam a legislação do SUS.

Estes três itens são considerados problemas pois são fatores limitadores para as propostas deliberadas pela sociedade com a conquista do SUS, que enfoca na importância da regulação através da demanda, e não somente se baseia nos indicadores de resultados, mas nos processos ligados às atividades administrativas,



às de recursos humanos e às de sistemas de informação, contribuindo assim, para um melhor atendimento para a população.

Além disso, com relação a precarização do trabalho, baseados nos prejuízos causados aos servidores públicos com as terceirizações, torna-se evidente o recuo do papel do Estado como regulador do mercado de trabalho e da proteção social através das inovações da legislação do trabalho e previdenciária, que só prejudicam os trabalhadores e dão força aos empresários.

Então, se faz necessário compreender esses novos modelos de gestão da saúde e como a Administração Pública adotou tais modelos.

## 2.2. DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA BUROCRÁTICA À GERENCIAL

No passado, a administração pública formal, baseada em princípios racional-burocráticos, representou um grande avanço no enfrentamento de problemas como patrimonialismo, clientelismo e nepotismo, característicos da gestão pública do Estado colonial. Mas, a partir do movimento neoliberal, o modelo burocrático começou a ser questionado, quanto à capacidade em solucionar estes problemas, além de tantos outros que, ainda persistem na gestão pública brasileira.

Segundo Maximiano (2000), o modelo burocrático apresentava algumas características marcantes, como o apego excessivo às normas, ter sua base em padrões hierárquicos rígidos, total separação entre o público e o privado, além de uma forte ênfase em atividades-meio, com controle de processos, ao invés de primar pelos resultados. Estas características podem ser consideradas como atributos positivos ou negativos dependendo da concepção abordada.

De acordo com a concepção neoliberal, essas disfunções trouxeram lentidão aos procedimentos da administração pública, resultando na ineficiência, no conservantismo e tecnicismo levantados como pontos negativos de tal modelo (CARVALHO, 2010). Essa configuração de gestão considerada, vagarosa e ineficiente, acabou sendo pressionada pela globalização, pela crise do capitalismo e pelas constantes mudanças no quadro político e econômico do Brasil.

De acordo com Souza Filho (2006), a burocracia constitui um dos componentes da materialidade do Estado, sendo que a burocracia por um lado, é a responsável por viabilizar, manter, conservar a ordem social capitalista e, dessa forma, garantir os interesses da classe dominante. Contudo, como coloca o autor, a burocracia também implementa as ações do Estado destinadas ao atendimento dos interesses das classes dominadas, na perspectiva de manter a ordem, a propriedade privada/liberdade.

Torna-se evidente que, os atributos positivos da administração pública burocrática são bem representados pelo controle efetivo dos abusos. Os defeitos, por sua vez, seriam a ineficiência e a incapacidade de se voltarem para o serviço dos cidadãos como clientes.

Face às disfunções apontadas do estilo organizacional burocrático, a administração pública, em evolução, precisou reformular seus processos, inserindo em tempos recentes, um novo padrão, conhecido como gerencialismo ou administração pública gerencial (CASTRO, 2006).

Segundo a ideia neoliberal, a administração gerencial repousa em descentralizações política e administrativa, a instituição de formatos organizacionais com poucos níveis hierárquicos, flexibilidade organizacional, controle de resultados, ao invés de controle, passo a passo, de processos administrativos, adoção de confiança limitada, no lugar de desconfiança total, em relação aos funcionários e dirigentes e, por último, uma administração voltada para o atendimento do cidadão e aberta ao controle social, mas que na realidade, significa uma continuação da dominação, até mais intensa, porém em outros moldes do que os adotados pela burocracia. O discurso gerencialista é uma estratégia para a ação do mercado nas funções sociais do Estado capitalista.

Através da análise realizada das características de ambos os modelos de organização da administração pública, percebe-se que a administração pública gerencial teria como apoio a administração burocrática, conservando alguns dos seus princípios, embora flexibilizados, mas teria como fundamentos a admissão segundo critérios rígidos de mérito, um sistema estruturado e universal de remuneração, carreiras, avaliação de desempenho frequente e treinamento da equipe de trabalho. Mas o que é penoso no modelo de administração pública

gerencial é a abertura para as entidades privadas de exercer atividades que deveriam ser exercidas pelo Estado, atestando dessa forma que o Estado não seria eficiente na atividade a que se propôs.

Entre as décadas de 1980 e 1990, os países latino-americanos, inclusive o Brasil, já enfrentavam um cenário de dificuldades, então acabaram por entrar numa fase de estagnação e instabilidade econômica, marcada por forte vulnerabilidade externa (CORSI, 2015). No Brasil, em específico, com o agravamento da crise fiscal, surgiram discussões em torno dos objetivos e diretrizes, para a reforma da gestão pública do país, resultando na criação do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), aprovado em 21 de setembro de 1995. O Plano buscou minimizar o Estado no sentido da área social, transformando as políticas sociais em atividades comerciais, favorecendo os padrões de acumulação do capital, reorganizando tais padrões.

Segundo publicação no caderno do MARE (BRASIL, 1998, p. 7), no discurso do Estado:

O objetivo central é o de reforçar a governança, mediante transição programada, de um tipo de administração pública burocrática, rígida e ineficiente, voltada para si própria e para o controle interno, para uma administração pública gerencial, flexível e eficiente, voltada para o atendimento do cidadão.

Em suma o que o Plano Diretor de Bresser Pereira traz é que a administração gerencial repousa em elementos voltados para o atendimento do cidadão, aberta ao controle social. Porém na realidade não é o que ocorreu com a colocação do Plano Diretor em prática, pois a população perdeu muito com relação as conquistas relacionadas ao controle social, autonomia e garantia da saúde como direito, e ao invés disso presenciou a transformação do Estado para um poder dominado pela esfera privada.

Para Filgueiras (2006), os resultados essenciais, após a implementação do projeto político-econômico neoliberal, são os mesmos verificados nos demais países da América Latina, quais sejam: estabilidade relativa dos preços e baixíssimo crescimento econômico, acompanhados pelo aumento das dívidas externa e interna; a desnacionalização do aparato produtivo, com transferência de renda do setor

público para a setor privado e da órbita produtiva para a órbita financeira; a elevação das taxas de desemprego e a redução dos rendimentos do trabalho. Em suma, devido as características aqui apresentadas, percebe-se um aprofundamento da dependência e da vulnerabilidade externa do país, a ampliação da fragilidade financeira do setor público, a precarização do mercado de trabalho e a manutenção e até uma deterioração das condições sociais – pobreza, criminalidade, violência e desigualdade de renda e de riqueza.

Na realidade, os países periféricos não têm competitividade suficiente para manter o grau de abertura comercial/financeiro exigido pelos governos dos países desenvolvidos, em particular o G7 (sob a hegemonia americana), e as instituições multilaterais, como o FMI (Fundo Monetário Internacional), a OMC (Organização Mundial do Comércio) e o Banco Mundial (FILGUEIRAS, 2006). Se observa é que com essa atitude o Estado sai de uma crise e entra em outra com a visualização do aumento de impostos e/ou cortes nas despesas, demissões de funcionários, arrocho salarial, mais privatizações e contenção do crescimento econômico, que é o que está acontecendo atualmente: a crise do projeto econômico-político neoliberal para as classes subalternas é um fato, porque para as classes dominantes é um sucesso.

Os efeitos desastrosos do modelo neoliberal estão evidentes e para se superar o modelo liberal há que se avançar, necessariamente, na organização e conscientização popular, com uma retomada dos movimentos sociais como ocorreu na história da criação do SUS, pois esses movimentos ainda estão muito tímidos nessa nova fase da História do Brasil.

A administração pública gerencial abriu portas para o estabelecimento de parcerias entre o governo e a iniciativa privada que resultaram, de fato, na abertura de novos espaços de rentabilidade para o capital. Assim, se faz necessário entender melhor como funciona as parcerias entre o Estado e a iniciativa privada.

### 2.3. PARCERIAS ENTRE O ESTADO E O SETOR PRIVADO

A atuação das entidades privadas em atividades não exclusivas do Estado é apresentada como uma concepção contemporânea, que vê nas parcerias entre o

setor público e os demais setores da sociedade, uma oportunidade de desonerar o Estado, ao mesmo tempo em que se provê a coletividade com serviços pautados na qualidade e eficiência. Tal concepção vem ganhando cada vez mais espaço, não somente no Brasil, mas em todo mundo, pautado sob a égide do projeto neoliberal de redução do Estado na garantia de direitos sociais.

As parcerias surgiram num contexto de um crescente movimento de descentralização, que teve início em meados da década de 1970, quando o modelo de Estado de Bem Estar Social, que ocorreu na Europa, entrou em crise, e eclodiu um abalo econômico mundial, diretamente ligado à crise fiscal, à ingovernabilidade e aos problemas advindos da globalização (ABRUCIO, 2006).

Nesse contexto abalado pela crise, se faz necessário a existência de um sistema de proteção social que deve ser pensado de forma a racionalizar os bens sociais, assim, de acordo com Boschetti (2012, p. 756) o sistema de proteção social é um conjunto “organizado, coerente, sistemático e planejado de políticas sociais que garante a proteção social por meio de amplos direitos, bens e serviços sociais”, em diversas áreas, como por exemplo: emprego, saúde, previdência, habitação, assistência, educação.

A ideia de que a parceria público-privada consiste em uma forma de viabilizar a implantação de projetos que visem o bem comum, constituindo-se, conforme opinião de Pinto (2003, p. 01), em uma verdadeira forma de expressão, inclusive, da responsabilidade social atribuída ao capital privado, é uma forma de “mascarar” a realidade, sendo essa, uma estratégia criada por políticas governamentais para ampliar a ação do setor privado na esfera pública, transformando as funções sociais do Estado em nichos de acumulação do capital.

Nessa conjuntura, o Estado passa de executor para indutor de políticas públicas, com a introdução do gerencialismo, ideia esta repassada como a solução dos problemas enfrentados pelo país. Porém, com essa saída utilizada pelo Governo, o Brasil passou a ser dominado pelas atividades privadas, abrindo espaço para o mercado lucrar ainda mais.

Esse cenário mostra que as estratégias adotadas beneficiam muito mais os donos do capital do que a classe trabalhadora, pautado no ideário neoliberal.

As tendências neoliberais provocam a redução dos sistemas públicos e expansão dos sistemas privados de saúde e agudizam a expropriação social, sobretudo pelo mecanismo de restringir os direitos sociais, obrigando a classe trabalhadora a dispende parte de seu salário com a compra de bens e serviços oferecidos pelo mercado (BOSCHETTI, 2012).

Nesse modelo gerencial, novas técnicas de gestão - utilizadas pelo setor privado - entram em cena como uma espécie de solução para os problemas da administração pública brasileira. Para um melhor entendimento, deve-se ter a noção do que seja primeiro, segundo e terceiro setor.

Seguindo a definição do relatório setorial nº 03 do BNDES (2001, p. 04), o primeiro setor é aquele no qual a origem e a destinação dos recursos são integralmente públicas, isto é, corresponde às ações do Estado, desconectada da utilização de parcerias com o setor privado. O segundo setor correspondente ao capital privado sendo aplicado em obras de uso comum, mas sob a condição de recebimento de remuneração, isto é, em benefício próprio da pessoa jurídica de direito privado. O terceiro setor constitui-se na esfera de atuação pública não-estatal, formada a partir de iniciativas privadas, voluntárias, sem fins lucrativos, e no sentido do bem comum.

Após conceituar os três setores, conforme o discurso estatal, percebe-se que o terceiro setor parece vir para suprir as demandas não atendidas pelos dois primeiros, com enfoque na área social, educacional e cultural. Dentro desta lógica, pode-se concluir que o terceiro setor tem características dos dois outros setores, é público, por ter a finalidade de atendimento da coletividade, porém de natureza jurídica privada e independente do Estado. Os desafios enfrentados pelos três setores para garantir a eficiência esperada neste novo arranjo são crescentes, pois eles estão intrinsecamente relacionados e ao mesmo tempo possuem objetivos diferenciados.

Fazendo a crítica ao debate do terceiro setor, a autora Duarte (2007) afirma que, diante de uma perspectiva teórico-metodológica crítica e de totalidade, tal setor pode ser compreendido como:

Diante de uma perspectiva teórico-metodológica crítica e de totalidade, compreende-se que o terceiro setor é um fenômeno fluído e funcional ao processo de reestruturação do capital, cujo objetivo primordial é ocultar a luta e os interesses de classes que tecem as relações na sociedade civil (DUARTE, 2007, p. 56).

Assim, não representaria um setor e sim “[...] um novo padrão (nova modalidade, fundamento e responsabilidades) para a função social de respostas às expressões da questão social” (MONTAÑO, 2003, p. 22).

Portanto, como analisa Duarte (2007, p. 56), o terceiro setor tem uma “função político-ideológica diante do cenário de alterações sócio históricas promovidas pelo capital”, o que supre do Estado, de acordo com a mesma autora, “a responsabilidade histórica com as sequelas sociais, gerando um clima de aliança que omite os conflitos e a luta de classes” (DUARTE, 2007, p. 56).

Desse modo, a partir dos anos 1990, “a sociedade civil é transformada em um suposto terceiro setor, situada para além do Estado e do mercado [...]” (DURIGUETTO, 2008, p. 89). Essa centralidade do terceiro setor tem sido recorrente em processos de reforma estatal, nas democracias contemporâneas, segundo destacou Bresser-Pereira na PDRAE.

Ainda segundo o ex-ministro, esse movimento seria portador de um novo modelo de administração pública, baseado no estabelecimento de alianças estratégicas entre Estado e a sociedade, com o fim de melhorar os serviços públicos, permitir maior controle por parte da sociedade, pautando os processos gerenciais em parâmetros de eficiência e desempenho, controlados a partir do contrato de gestão (BRASIL, 1998).

E é na ótica privatista gestada por Bresser Pereira que surgem as OSCIPs, as OSs e as PPPs, que na maioria dos casos não realizam o que propõe.

#### 2.4 OSCIPs, as OSs e as PPPs

A lei nº 9.790/99 estabelece em seu artigo 3º que podem receber a qualificação de OSCIP as pessoas jurídicas de direito privado, que não tenham

como finalidade a distribuição de lucro, e que desempenhem atividades reconhecidas como de interesse público, cujos objetivos sociais tenham pelo menos uma das finalidades abaixo (BRASIL, 1999):

I - Promoção da assistência social;

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

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

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

V - Promoção da segurança alimentar e nutricional;

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

VII - Promoção do voluntariado;

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

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

X - Promoção de direitos estabelecidos, construção de novos direitos e assessoria jurídica gratuita de interesse suplementar;

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

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

A referida lei, conforme o Art.2º (BRASIL, 1999), determina ainda que, estão proibidas na qualificação de OSCIP: as sociedades comerciais; os sindicatos; as associações de classe ou de representação de categoria profissional; as instituições religiosas; as organizações partidárias; as entidades de benefício mútuo, destinadas a proporcionar bens ou serviços a um círculo restrito de associados ou sócios; as entidades e empresas que comercializam planos de saúde e assemelhados; as



instituições hospitalares privadas; as escolas privadas; as organizações sociais; as cooperativas; as fundações públicas; as fundações, sociedades civis ou associações de direito privado, criadas por órgão público ou por fundações públicas; as organizações creditícias que tenham vínculo com o sistema financeiro nacional.

Segundo Gonçalves et al. (2008, p. 05) a forma como a entidade elabora e direciona suas atividades, e principalmente a maneira como utiliza seus recursos, reflete significativamente em seus resultados, uma vez que, nessas entidades, os recursos são escassos e a maneira como eles serão geridos configura fator determinante para seu desenvolvimento.

Além do já destacado, a lei determina que o estatuto da OSCIP traga cláusulas (algumas das quais muito importantes para evitar a utilização destas organizações para fins individuais, em detrimento do interesse público) com algumas determinações, entre elas: as normas de prestação de contas, que devem ser observadas pela entidade; a obrigação de pautar suas ações nos princípios da administração pública (legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência); a previsão de que, em caso de dissolução da entidade, o respectivo patrimônio, adquirido com recursos públicos, durante o período em que perdurou aquela qualificação, será transferido automaticamente a outra pessoa jurídica qualificada, nos termos Lei 9.790 de 23 de março de 1999, preferencialmente que tenha o mesmo objeto social da extinta organização.

Por fim, frisa-se, as OSCIPs podem receber investimento público, por meio da celebração de contratos de parceria, razão porque, além de terem um estatuto regular, com todos os dispositivos exigidos, necessitam manter uma prática de gestão transparente e sustentável.

Outra organização com personalidade jurídica de direito privado, que vem atuando no setor público, com grande destaque, são as Organizações Sociais (OSs). Durante o governo do ex-presidente Fernando Henrique (FHC), em 1995, a partir do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) e à luz do Programa Nacional de Publicização (PNP), surge a figura das OSs, que são entidades sem fins lucrativos que recebem subsídios do governo para prestarem serviços de relevante interesse público.

Conforme qualificou a Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, em seu Art. 1º, as organizações sociais são: ‘organização pública não-estatal’ ou “pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde” (BRASIL, 1998).

As Organizações sociais estabelecem um contrato com o poder público, sendo que determinada instituição passa a ser controlada de forma a verificar se os objetivos estabelecidos inicialmente no contrato estão sendo atingidos ou não. Esse modelo só se torna eficiente se existir um controle rígido e uma fiscalização intensa por parte do governo e também da sociedade.

Além da questão do controle, é percebido conforme a legislação que quando a Administração Pública contratar serviços que serão prestados pelas organizações sociais (previstos no contrato) a licitação será dispensável, nos termos do artigo 24, XXIV, da Lei 8.666/93. A licitação se trata de um procedimento administrativo onde a Administração Pública seleciona a melhor e mais vantajosa proposta apresentada pelos interessados, visando firmar um contrato que possa atender aos interesses da coletividade, garantindo assim, o Princípio da Isonomia.

Algumas irregularidades são encontradas na lei que regulamenta as OSs, quando dispensa licitação para adquirir bens e serviços e ainda quando prevê o controle social por conselhos administrativos internos da entidade, colidindo frontalmente com as disposições da lei 8.142/90 (REZENDE, 2007).

As OSs e as OSCIPs não precisam de concurso público para a contratação, abrindo precedentes para o clientelismo e para precarização do trabalho, já que existe a possibilidade de flexibilização dos vínculos e pode não assegurar os direitos trabalhistas e previdenciários. Além disso, no caso das OSs, o Estado pode ceder servidores públicos para entidades privadas, acarretando um ônus para o órgão de que foi cedido e sendo obrigado a prestar serviços a instituições privadas quando foram concursados para trabalhar em órgãos públicos (REZENDE, 2007).

Por fim, as OSs e as OSCIPs não estão sujeitas ao Controle Social tal como previsto na lei 8.142/90. E as OSs podem, ainda, contratar sem concurso público, adquirir bens e serviços sem licitação e não prestar contas a órgãos de controle internos e externos (CORREIA, 2011). A transparência sobre os recursos

repassados para essas instituições fica comprometida com um modelo de gestão tão autônomo.

Além dos modelos já citados como OSs e OSCIPs existem também as parcerias público-privadas, conforme trata a Lei n.º 11.079, de 30 de dezembro de 2004. Em seu Art. 2.º, explica o conceito da parceria público-privada a partir da concepção do contrato administrativo de concessão, na modalidade patrocinada ou administrativa.

Na verdade, entende-se por PPP como mais um modelo, entre outros, de parcerias entre Estado e sociedade, para implementação de serviços públicos, dentro da lógica do Estado neoliberal e da redução de direitos sociais. Então, embora o nome seja idêntico ao termo genérico, que aborda estas parcerias, a PPP trata-se de uma modalidade de parceria que ocorre através de contrato administrativo nos moldes das concessões tradicionais, permissões e acordos.

Segundo Mendez (2012, p. 01), a literatura internacional define essa modalidade de parceria como sendo um contrato de médio e longo prazo (5 a 35 anos) entre um governo (federal, estadual ou municipal) e uma entidade privada, no qual essa se compromete a oferecer serviços de infraestrutura, cujo valor não seja inferior a vinte milhões de reais, sendo vedada a celebração de contratos que tenha por objeto único o fornecimento de mão-de-obra, equipamentos ou execução de obra pública.

Em contrapartida, a entidade privada recebe um retorno financeiro periódico, pago pelo Estado e vinculado ao seu desempenho, no período de referência; remuneração essa que é obtida mediante cobrança de tarifas, diretamente aos usuários (pedágio, por exemplo) ou por pagamentos feitos a ela diretamente pelo governo. Ou seja, para caracterizar uma PPP é importante que o parceiro privado atue na provisão do serviço público associado à infraestrutura que lhe foi confiada (MENDEZ, 2012).

Além disso, os contratos são descritos como de longo-prazo porque, estando relacionado ao serviço público, exige investimentos de grande vulto, já que o parceiro privado que investe seu capital, precisa que o contrato tenha um prazo dilatado para suprir o investimento efetuado. Também pode ser interessante estabelecer um contrato de longo-prazo, pois seria ineficiente trocar o administrador

da infraestrutura, diversas vezes, em prazos curtos, tendo em vista o custo de licitação e o custo de aprendizagem, associado ao período em que o novo concessionário está ajustando a oferta do novo serviço, quando usualmente há quebras na qualidade dos serviços (MENDEZ, 2012).

A Lei nº 11.079/2004 em seu artigo 4.º, não indica qualquer área ou setor prioritário para a contratação de parcerias público-privadas, havendo apenas a vedação à delegação das funções regulatórias, jurisdicionais, do exercício do poder de polícia e de outras atividades exclusivas do Estado. É possível encontrar, no entanto, em vários países, parcerias público-privadas, nas mais diversas áreas: água e saneamento, transportes e mobilidade urbana, portos, aeroportos, rodovias, ferrovias, defesa, parques nacionais, educação, saúde, etc. (BRASIL, 2004).

Na nossa avaliação, a ideia de PPP, assim como as de OSs e OSCIPs já abordadas: a) cria demasiadas facilidades para o capital privado; b) compromete a própria essência daquilo que se chama de serviço público; c) favorece um tipo de política pública que já não será mais universal e sim focalizada; d) representa a mercantilização dos serviços públicos típicos ou promovidos exclusivamente pelo Estado que viabilizam o interesse do capital financeiro. Os efeitos desses pontos estão bem claros no que acontece atualmente com o setor saúde, o que acaba gerando uma crise na saúde pública de todo o território nacional.

## 2.5. MODELOS DE GESTÃO E A CRISE NA SAÚDE PÚBLICA

Frequentemente, quando se fala do acesso aos hospitais públicos, estão associadas situações como problemas nesse acesso aos serviços essenciais à vida e que o sistema não responde as necessidades de toda população, entre outros. As críticas são importantes para que possam ser questionadas e enfrentadas.

No entanto, de acordo com os conceitos do SUS, há amplitude nas ações que este engloba, como as ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de todos os brasileiros, porém o problema parece estar nos modelos de gestão em vigor nas unidades de saúde e hospitais do país.

Os novos modelos de gestão como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), Organizações Sociais (OSs), Parcerias Público Privadas (PPP), e a própria EBSEH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares) têm gerado implicações na Política de Saúde Brasileira. A ideia do mercado e não do Estado como provedor de bem-social, deriva da Reforma do Estado do ex-ministro Luis Carlos Bresser Pereira, do governo Fernando Henrique Cardoso, o qual defende que serviços que não são exclusivos do Estado sejam executados/regulados por entidades privadas.

“A contrarreforma na saúde foi estruturada com a produção de um documento elaborado pelo Ministério da Saúde, denominado “Sistema de Atendimento de Saúde do SUS”, cuja proposta era de uma reforma da área da saúde, reproduzida pelo Banco Mundial no documento “A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90”, que buscava elaborar um “novo papel regulador atribuído ao Estado, que deverá concentrar esforços apenas no financiamento e no controle desses serviços ao invés do seu oferecimento direto” (CORREIA, 2007, p.24).

Dessa maneira, o SUS apresenta mais vantagens que os novos modelos de gestão, pois assegura a Estabilidade de Servidor Público através do Regime Estatutário, o recrutamento de pessoal se dá através de concurso público com direitos trabalhistas garantidos, além de Plano de Cargos, Carreira e Salários (CORREIA, 2001). A proposta do SUS tem se perdido com a inserção desses novos modelos de gestão que baseados no caráter antidemocrático.

Além da questão de precarização do trabalho, outra questão deve ser pensada, que é em relação à autonomia profissional. No regime estatutário, os trabalhadores de saúde apresentam maior autonomia para propor novas estratégias, ações, projetos. Isso permite ao profissional de saúde que seu trabalho seja desempenhado com qualidade, já que a prioridade será (no momento do atendimento) estar atento a todas as demandas do usuário, contemplando o princípio da integralidade.

Além disso, o desenvolvimento dessas novas ações pode acarretar um ônus como valorização profissional, necessidade de maior especialização dos profissionais e exclusividade dos servidores que a gestão – que se dá por meio de

entidades privadas – não está disposta a arcar. A atuação dos profissionais de saúde pode ficar prejudicada pela falta de autonomia.

A contratação de serviços de terceiros para a prestação da atenção à saúde nos níveis secundários e terciários tem marcado o processo de contrarreforma no setor da saúde. A saúde não tem sido priorizada nesse contexto de subfinanciamento, e o governo vem se utilizando de estratégias de desmobilização social, propondo uma administração pública coerente com a lógica mercantil.

É garantido constitucionalmente, que todos têm direito à saúde de forma integral, gratuita, universal e igualitária e que o Estado tem o dever de prestá-lo, porém a conjuntura atual da Saúde Pública Brasileira vem atendendo aos interesses do grande capital, tendo como consequência a precarização do trabalho, a regressão de direitos e o rompimento com os princípios da Reforma Sanitária. Neste sentido, no próximo capítulo daremos seguimento a tais análises buscando avaliar a situação de crise na saúde pública brasileira, em especial no Distrito Federal.

### 3. CRISE NOS HOSPITAIS DO DISTRITO FEDERAL

#### 3.1. O PROCESSO DE TERCEIRIZAÇÃO/PRIVATIZAÇÃO DOS SERVIÇOS NO DISTRITO FEDERAL

A rede pública de saúde do Distrito Federal vivencia atualmente, no Governo de Rodrigo Rollemberg (2014-2018), aquela que pode ser considerada a maior crise de sua história. O Decreto de Estado de Emergência, as diversas trocas de secretário da pasta da Saúde, o remanejamento de médicos e todas as outras medidas aplicadas desde o início de sua gestão não foram suficientes para atenuar os problemas vividos pelo Setor Saúde no Distrito Federal. A equipe do atual Governo concluiu através de estudos que a melhor forma de sair da crise seria a implantação de um novo padrão de administração baseado na “terceirização”. A intenção de criar esse novo modo de gestão está ligada a redução de gastos, otimizando serviços e baixando custos, segundo entrevistas publicadas no jornal local de grande circulação, O Correio Braziliense (CORREIO BRAZILIENSE, 2015).

As Organizações Sociais (OS) assumiram o controle de unidades de saúde de Goiás, São Paulo, Minas Gerais, Pernambuco, entre outros estados (CORREIO BRAZILIENSE, 2015). Na capital federal, existem exemplos como o Hospital da Criança, gerido pela Associação Brasileira de Assistência às Famílias de Crianças Portadoras de Câncer e Hemopatias (ABRACE) e O Hospital Universitário de Brasília (HUB) que é de responsabilidade da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

No entanto, assim como outras regiões que tiveram experiências com novos modelos de gestão, o Distrito Federal possui legislação própria no que tange às Organizações Sociais: Lei Distrital nº4.081/08 (DISTRITO FEDERAL, 2008), que permite a terceirização da administração de instituições públicas de saúde por meio da contratação de organizações sociais (OSs) por até 20 anos. Já as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) são as pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujos objetivos sociais e normas estatutárias

atendam ao disposto nos artigos 5º e 6º, da Lei Distrital 4.301/2009 (DISTRITO FEDERAL, 2009).

Uma das medidas legais utilizadas pelos governantes a nível nacional para “terceirizar” a área da saúde seria o projeto de lei nº 30 de 2015 (BRASIL, 2015), que é conhecido como o projeto da terceirização. A terceirização das chamadas atividades fim é um dos pontos mais polêmicos do projeto de lei (PLC 30/2015), já aprovado na Câmara dos Deputados e que aguarda votação no Senado.

O chamado projeto da terceirização aprovado pela Câmara permite a contratação de terceiros para a realização de todas as atividades da empresa, inclusive as chamadas atividades-fim. A aprovação do projeto pelos deputados ocorreu sob forte protesto de representantes de centrais sindicais e de parlamentares da oposição, que tentaram sem sucesso obstruir a votação. Esse projeto de Lei impacta diretamente nos serviços de saúde e tem validade em todo território nacional.

O caminho encontrado pelo governo do Distrito Federal para terceirizar a saúde pública é por intermédio das Organizações Sociais, pois, por serem consideradas atividades do terceiro setor, ou seja, aquelas que (no discurso estatal) não possuem fins lucrativos na prestação de serviços não-exclusivos do Estado, os chamados serviços sociais, como educação e saúde, entre outros. Assim, tais entidades (OSs) poderiam atuar na gestão dos hospitais.

Em tese, o Estado não estaria abrindo mão do serviço público, transferindo-o a particulares, mas sim, realizando parceria com entidades privadas, atendendo às necessidades coletivas. Contudo, o Ministério Público do DF e Territórios (MPDFT) e o Ministério Público de Contas (MPC/DF) recomendou o governo do Distrito Federal a não terceirizar os serviços públicos de saúde nem os repassar à iniciativa privada, de acordo com o Termo de Recomendação N° 15/2015-MPDFT/MPC/DF.

Independente do posicionamento do MPDFT e MPC/DF, o governo do Distrito Federal já aceita o credenciamento de OSs (Organizações Sociais) para administrar hospitais. Baseado no art. 1º da Lei 9.637/98 (BRASIL,1998), as Organizações Sociais são pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde.



Contrários a essas mudanças estão as entidades sindicais, representantes dos funcionários públicos da saúde. Eles defendem a ideia de que o uso das organizações sociais representa a privatização do SUS e, assim como a gestão compartilhada, na verdade, facilitaria esquemas de corrupção, uma vez que há pouca ou quase nenhuma fiscalização. Sobre a rede complementar, esta é formada por hospitais privados, mantidos por instituições ou entidades beneficentes, que estabelecem parceria com o Sistema Único de Saúde (SUS) para prestar atendimento à comunidade. Para atrair grandes hospitais da rede privada, o governo ofereceria, em contrapartida, incentivos fiscais e econômicos.

Importante registrar que, conforme ensina Violin (2014), “Quando o Estado fomenta o terceiro setor, repassando verbas públicas para as entidades, está praticando um fomento econômico-financeiro direto” e a autora acrescenta:

Quando o Estado não executa diretamente os serviços sociais, não pode delegá-los por meio de contratos de concessão/missão ou assemelhados. O Estado poderá, sim, fomentar a iniciativa privada com recursos financeiros, principalmente o “terceiro setor”. Mas frise-se, apenas fomentar, e não delegar. (VIOLIN, 2014, grifos nossos)

Verifica-se, então, que o Estado ao contratar as organizações sociais com fins de gerir unidades completas de saúde, está delegando às OSs poderes que somente são inerentes ao Estado, corroborando a ideia de dispensa do Estado intervencionista e colocando em prática o modelo de Estado Mínimo, idealizado pela administração pública gerencial, já citado anteriormente.

### 3.2. A EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH) NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA (HUB)

O cenário brasileiro atual evidencia que o surgimento dos novos modelos de gestão se apresentam como estratégias do Estado, para a efetivação da privatização do que é público, pois, da forma como salienta Correia (2011), esses

modelos se caracterizam pelo repasse do fundo público ao setor privado, permitindo a flexibilização da gestão, dos direitos sociais e trabalhistas.

Segundo Art. 1º da Lei nº 12.550/2011 (BRASIL,2011):

[...] fica o Poder Executivo autorizado a criar empresa pública unipessoal, na forma definida no inciso II do art. 5º do Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967, e no art. 5º do Decreto-Lei nº 900, de 29 de setembro de 1969, denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH, com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação, com prazo de duração indeterminado.

A EBSEH se enquadra dentro de mais um discurso gerencial industrial de que o principal objetivo é a modernização da gestão dos recursos humanos. Na realidade, o que está ocorrendo durante o processo de implantação é uma lenta privatização, menos aguerrida e mais tímida para evitar abrir um diálogo com a sociedade: na forma da criação de uma empresa pública de direito privado (EBSEH). (SODRÉ et al., 2013, p. 372)

A justificativa central apresentada pelo Governo Federal para a criação da EBSEH foi uma urgência em regularizar a condição dos terceirizados com contratos precarizados. No entanto, conforme apontado em documento da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde (2012), a proposta apresentada intensifica a lógica de precarização do trabalho no serviço público e na saúde, pois, ao permitir contratar funcionários através da CLT por tempo determinado (contrato temporário de emprego), acaba com a estabilidade e implementa a lógica da rotatividade, típica do setor privado, comprometendo a continuidade e qualidade do atendimento em saúde.

Desde os avanços consolidados na Constituição de 1988, as principais reivindicações postas pelos trabalhadores da saúde concentram-se na melhoria dos serviços prestados, no cumprimento integral da proposta do SUS, além de um plano de carreira via concursos públicos, mas que, com a aprovação da EBSEH, dão lugar ao agravamento da precarização dos vínculos. Sodré et al. (2013, p. 375) aponta que a lei federal é omissa quanto à cessão dos trabalhadores terceirizados (contratos temporários) que atuam na entidade absorvida pela EBSEH.

Outra questão de igual relevância concentra-se no que vem referenciado no Art. 7º da Lei supracitada (BRASIL, 2011) onde fica previsto que "os servidores titulares de cargo efetivo em exercício na instituição federal de ensino ou instituição congênera que exerçam atividades relacionadas ao objeto da EBSEH poderão ser a ela cedidos para a realização de atividades de assistência à saúde e administrativas". Embora os escritos retratem uma possibilidade, a exemplo do HUB, esta se identifica como uma realidade atual, nos quais servidores públicos, concursados para exercer atividades em órgãos também públicos, veem-se prestando "serviços a entidades com personalidade jurídica de direito privado" (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2012).

O regime de pessoal da EBSEH é de emprego público. Também não há nenhuma garantia de paridade remuneratória entre os servidores efetivos cedidos e os empregados da EBSEH. Isto quer dizer que existe a convivência de trabalhadores com variados tipos de contratação e salários em um mesmo hospital, o que implica na fragilização das forças na luta de classes. (SODRÉ et al., 2013, p. 375)

Além dos condicionantes citados na lei que se configuram enquanto ameaça à proposta do SUS, cabe destacar um ponto central para as mobilizações que se engendraram em oposição à empresa que é a autonomia universitária. Com independência para realizar contratos, convênios e organizar internamente as diretrizes da gestão - conforme sinalizado no Art. 11 e seus incisos juntamente ao Art. 12 da referida lei, nota-se que o funcionamento da EBSEH coloca em xeque a vinculação entre os HUFs e suas Universidades, uma vez que fica sob competência exclusiva da empresa o gerenciamento dos hospitais. O que estabelece um distanciamento entre a participação das Universidades nos espaços decisivos dos hospitais aos quais estão vinculadas.

Notadamente articulada ao princípio de metas, a empresa se apresenta enquanto mais um mecanismo de precarização dos serviços oferecidos no âmbito do SUS, visto que a lógica do mercado se sobrepõe à qualidade dos atendimentos, baseando a avaliação de resultados à luz da ótica quantitativa. De acordo com o Art. 4º da Lei nº 12.550 de 2011, compete à EBSEH: prestar serviços de apoio ao processo de gestão dos hospitais universitários e federais e a outras instituições congêneras, com implementação de sistema de gestão único com geração de

indicadores quantitativos e qualitativos para o estabelecimento de metas (BRASIL,2011).

A experiência da entrada da EBSEH nos HUFs, mais especificamente no HUB, tem se mostrado sob forte tensão onde o cenário reflete os impasses vivenciados nas universidades federais que, ao proporem debates sobre a adesão à empresa, por vezes não encontram apoio na comunidade acadêmica.

A EBSEH começou a ser adotada em algumas universidades brasileiras no ano de 2012. Em Brasília, na Universidade de Brasília – UnB foi deliberada a autorização favorável à adesão do HUB à EBSEH no dia 18/05/2012 em reunião do Conselho Superior Universitário – CONSUNI.

A UnB foi a primeira das universidades federais a autorizar o novo modelo de gestão da EBSEH para os hospitais universitários e o HUB foi um dos primeiros dos 46 hospitais universitários a ser administrado pela EBSEH (CRONEMBERGER, 2012). No dia 17 de janeiro de 2013 foi assinado o contrato da EBSEH com a UnB. A empresa passou a administrar o HUB, sendo responsável pelo pagamento de funcionários e compra de insumos, entre outras atividades. Além disso, a empresa tinha o objetivo de resolver o impasse na regularização de 634 profissionais do hospital e as limitações de financiamento (COSTA, 2013).

Pela legislação a contratação dos profissionais de saúde do HUB deveria ser feita mediante o regime dos servidores públicos, regulamentado pela Lei 8.112/90. No entanto, existe a contratação de profissionais de saúde por meio de terceirização. Para esses profissionais não é garantido nem os benefícios da CLT.

A adesão à EBSEH acontece num contexto de sucateamento do hospital, de diversos tipos de vínculos empregatícios, de problemas com questões de financiamento, entre outras.

A EBSEH traz uma proposta de um modelo de gestão diferente das gestões anteriores. A gestão do HUB pela EBSEH, em tese, traria mudanças, mesmo que pequenas, em todas as dimensões de um hospital de ensino: a organizacional, a do ensino, a assistencial, a política, a financeira e a social. Porém, o que impera de fato é um novo modelo de gestão baseado em características de empresa, que prioriza a questão da exploração do capital, mesmo que indiretamente.

A melhora na qualidade de atendimento passa a existir, porém atende a um número reduzido de pacientes, fazendo com que o critério de seleção exista, o que dá chance a poucos de serem atendidos, sendo que o número de atendimentos é menor do que o necessário.

### 3.3. A EMPRESA REAL SOCIEDADE ESPANHOLA NO HOSPITAL REGIONAL DE SANTA MARIA

No Distrito Federal, a assistência em saúde na capital federal teve início em 1960 com a criação da Fundação Hospitalar do Distrito Federal. Em 1981 foi instituída a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). Todas as Regiões Administrativas (RA) teriam que ser englobadas pela assistência em saúde do DF, mas nem todas possuíam uma Regional de Saúde.

Diante da falta de assistência à saúde na região de Santa Maria, em fevereiro de 2005 começou a ser construído o Hospital Regional de Santa Maria (HRSM). Em setembro de 2006 suas obras foram paralisadas e retomadas em abril de 2007. Em abril de 2009, o HRSM foi entregue à população com seis blocos e com seis pavimentos cada um, sob a administração de uma organização social, após contrato assinado entre a Secretaria de Saúde do Distrito Federal e a Real Sociedade Espanhola de Beneficência — organização social que também administrava o Hospital Espanhol, em Salvador (BA), documentado através do contrato de gestão nº 01/2009 – SES/DF.

O modelo de parceria adotado pela Secretaria de Saúde do DF foi um contrato de gestão firmado entre a Real Sociedade Espanhola de Beneficência, que é uma Organização Social, e a Secretaria de Saúde do Distrito Federal para a gestão do Hospital Regional de Santa Maria – DF.

Para entender melhor o processo, se faz necessário partir desde o ano de 2008, momento em que o GDF decidiu que o HRSM seria administrado por uma Organização Social. Para tanto, em 04 de janeiro daquele ano é aprovada a Lei nº 4.081/08, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais

no âmbito do Distrito Federal, regulamentada pelo Decreto nº 29.870/08 (DISTRITO FEDERAL, 2008), documento já citado no capítulo anterior.

Com o marco legal pronto é lançado o Edital de Concorrência SES/DF-01/2008. Tem início, então, uma licitação que se torna alvo de inúmeras ações na justiça. O Ministério Público, parlamentares, sindicatos de funcionários da saúde e outros agentes sociais, entendendo que o objeto do certame era a terceirização da saúde pública empreendem um verdadeiro embate jurídico contra o projeto. A cada liminar a licitação era autorizada e depois paralisada novamente (JUSBRASIL, 2017).

Em novembro de 2008 a Lei 4.081/08 é alterada e em seguida regulamentada novamente. O GDF desiste da licitação. Em 21 de janeiro de 2009 é feita uma dispensa da licitação nº 07/2009 SES/DF e o GDF assina o Contrato de Gestão com a Real Sociedade Espanhola de Beneficência. No dia 23 de abril de 2009 foi inaugurado o Hospital Regional de Santa Maria. De janeiro de 2009 a janeiro de 2011, por meio de um contrato de gestão, a administração do hospital foi realizada pela Real Sociedade Espanhola de Beneficência (JUSBRASIL, 2017).

O que fica obscuro para a população, que recebe informações incompletas, seria qual a vantagem de se celebrar o Contrato de Gestão que nem definem os critérios de escolha da Organização Social. Podem depreender, então, que a vantagem esperada pelo GDF, resultante da parceria com a OS está implícita nas metas que devem ter sido estabelecidas pela Secretaria de Saúde quando da elaboração do Projeto Básico. Subtende-se, então, que ao serem definidas, a SES/DF tenha levado em consideração a maior flexibilidade e eficiência gerencial da Organização Social. Não seria racional esperar da OS um rendimento igual ou inferior ao da rede pública.

O que podemos constatar é que a parceria entre a Secretaria de Saúde do Distrito Federal e a Real Sociedade Espanhola de Beneficência não foi bem sucedida. Após quatro meses da administração realizada pela Real Sociedade Espanhola, o Ministério Público do DF considerou o contrato ilegal, por não ter havido licitação, e pediu a imediata suspensão do acordo. Em 20 de abril de 2009, o Tribunal de Justiça do DF suspendeu o contrato liminarmente, por entender que era inconstitucional, pois repassava à iniciativa privada a gestão do atendimento à

saúde, conforme relatório de fiscalização do Tribunal de Contas do Distrito Federal nº 39440-09 A (DISTRITO FEDERAL, 2010).

A partir da análise efetuada, podemos apontar algumas causas para a falta de êxito da parceria como a ausência de controles efetivos que não geravam respostas à sociedade sobre a aplicação de recursos, a falta de transparência na administração do hospital que impossibilita a efetivação do controle social, a ineficiência na fiscalização por parte da secretaria de saúde do DF caracterizada pela demora na criação de comissões e a sua pouca funcionalidade para avaliar a execução do contrato firmado. Faltou à SES/DF um planejamento aprofundado sobre o tema, capacitação de seus servidores e a criação de um sistema de controle eficaz.

A lei foi declarada inconstitucional, em parte, porque continha dispositivos casuístas, que não tinham alcance geral, ao estabelecerem o privilégio de que apenas a organização social que viesse a administrar o Hospital Regional de Santa Maria estaria dispensada da observância dos requisitos mínimos exigidos para as demais entidades candidatas à qualificação de OS. Mas só em janeiro de 2011, o contrato teve fim. Durante a prestação dos serviços, o GDF foi duramente criticado pela qualidade dos atendimentos (CORREIO BRAZILIENSE, 2017).

O Distrito Federal revogou, por meio do Decreto nº 33.609, de 11 de abril de 2012, a qualificação da Associação Real Sociedade Espanhola como Organização Social do DF. Dessa forma, a entidade ficou impedida de celebrar futuro contrato de gestão com o governo local.

#### 3.4. A CRIAÇÃO DO INSTITUTO HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL (IHBDF)

O Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF) é um hospital público terciário, destinado a prestar assistência a pacientes em outras especialidades médicas além das básicas, como Clínica Médica e Clínica Cirúrgica.

Foi fundado no ano da inauguração de Brasília (1960) e é referência na cidade, no entorno e em estados vizinhos no atendimento de traumas, em especial

na área de neurotrauma. É o único que atende na área de neurocirurgia e nas emergências neurológicas, incluindo casos de acidente vascular cerebral, além das áreas de urologia, cirurgia vascular periférica, cirurgia de cabeça e pescoço, neurologia em esquema de pronto atendimento, oncologia e cirurgia pediátrica do trauma.

O HBDF é um hospital da rede pública, nos quais todos os seus atendimentos são realizados pelo SUS, sendo um importante instrumento para a garantia de tratamento de saúde da população, principalmente para aqueles que não possuem recursos financeiros para pagar um plano de saúde da rede particular, que é extremamente excludente (HBDF, 2017).

Atualmente, existe uma ampla discussão em todo o território do Distrito Federal acerca do Projeto de Lei nº 1.486/2017 (DISTRITO FEDERAL, 2017), de autoria do Poder Executivo, que transforma o Hospital de Base do DF em Instituto Hospital de Base do Distrito Federal – IHBDF. Diversas Audiências Públicas aconteceram na Câmara Legislativa desde o início do ano de 2017 a respeito deste tema, discussões sobre a PL nº1.486/2017, conforme consta em documentos comprobatórios que podem ser acessados no Diário da Câmara Legislativa (DCL).

De acordo com o Projeto citado, o Poder Executivo fica autorizado a instituir o IHBDF, pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, de interesse coletivo e de utilidade pública, com o objetivo de prestar assistência médica qualificada e gratuita à população (CÂMARA LEGISLATIVA DO DF, 2017).

Quando a administração resolve descentralizar alguma de suas unidades, o faz pela via da autarquia ou da fundação pública, regidas pelo direito público, observando a lei de licitações e os concursos públicos, garantidores da impessoalidade e da meritocracia nas contratações. A proposta de transformação do HBDF em serviço social autônomo (Lei 5.899/2017) é uma confissão de incapacidade gerencial da saúde. É como se o problema da saúde fosse apenas o regime jurídico dos servidores e o regime de compras e contratações pela Lei 8.666/1993.

De fato, a saúde no DF tem problemas de gestão, mas não necessariamente de modelo de gestão. Tanto pelo modelo da administração direta, como pelo modelo de fundação ou autarquia, formas canônicas de prestação de serviços públicos, ela



pode ser prestada com qualidade e agilidade. Afirmar que a mudança de modelo transformará a saúde, qualificando-a, é mera utopia.

A votação na Câmara Legislativa do Distrito Federal do projeto de lei que transforma o Hospital de Base em um instituto gerido por um conselho, presidido pelo secretário de Saúde, abriu uma disputa pública entre o governo do DF e sindicalistas e causa dúvidas na população da capital federal.

Enquanto o Executivo defende que o projeto trará melhorias para a saúde pública, sindicatos afirmam que o instituto vai privatizar o maior hospital do Distrito Federal abrindo precedente para a aplicação do mesmo modelo de gestão em outras unidades hospitalares da região, além de temer que o dinheiro público seja mal utilizado. A proposta parece equivocada nas premissas e nas conclusões e oferece muito mais riscos que vantagens (CORREIO BRAZILIENSE, 2017).

A proposta é de que IHBDF seja administrado por um conselho com 11 pessoas, sendo cinco nomeadas pelo governador e cinco por entidades, entre elas a Câmara Legislativa, além do secretário de Saúde. Um conselho financeiro também será formado por três conselheiros. Mas o que tem que ficar esclarecido é como esses conselheiros serão escolhidos e como seria a forma de seleção, para que a escolha não fosse tendenciosa.

Para aqueles que presam pela competência, a partir da leitura sobre os novos modelos de gestão citados no capítulo anterior, o formato da administração direta, autárquica ou fundacional não é obstáculo para a boa gestão.

Após análise da PL nº1.486/2017, se pode fazer um levantamento do que, de fato, muda com a institucionalização do HBDF. Alguns pontos relevantes são:

- A gestão do hospital passará a ser feita por um conselho presidido pelo secretário de Saúde;
- Outros quatro integrantes do governo irão compor o colegiado, formado por mais quatro representantes da sociedade organizada e dos trabalhadores;
- Ao se transformar em instituto, o HBDF terá orçamento próprio: hoje, conta com orçamento anual de R\$ 552 milhões, dentre os recursos da saúde do DF;

- Com autonomia orçamentária, o novo instituto terá liberdade para comprar materiais, remédios e insumos sem a necessidade de licitação. Poderá, ainda, celebrar contratos de prestação de serviço com qualquer pessoa física ou jurídica;
- Só terá servidores concursados se a nova administração assim desejar. Do contrário, a unidade poderá contar com pessoal regido por contrato de trabalho. Seriam funcionários escolhidos por meio de processo seletivo temporário, em regime celetista;
- O contrato de gestão terá vigência de 20 anos, podendo ser renovado ou prorrogado.

Uma determinação do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (TJDFT) suspendeu o efeito o uso do termo “serviço social autônomo” do Estatuto do Instituto Hospital de Base do DF (IHBDF) além de suspender integralmente os artigos 34, 45 e 51 do estatuto. Com isso o IHBDF ficará submetido a realização de licitação para contratações, alienações, além de realizar concurso público e observar o teto remuneratório do funcionalismo público para a diretoria executiva da entidade.

Com o exemplo do que está ocorrendo com o HBDF, percebe-se claramente que também no Distrito Federal, o Estado, com esta atitude de privatizar o maior hospital da região, tenta fugir da obrigação dele e diminuir a responsabilidade de gestão. O desafio atual está baseado no fato da população estar ciente da situação e que deve cobrar explicação pelo ocorrido, responsabilizando o Estado pelos seus atos.

### 3.5. DESAFIOS ATUAIS

No que se refere à política de saúde no Brasil, o avanço das ideias neoliberais significou um retrocesso aos ganhos alcançados com a Constituição Federal de 1988. Na observância dos serviços de saúde e unidades hospitalares repassados a instituições parceiras, conforme os casos citados anteriormente relacionados à crise da saúde do DF, tais como os bens tangíveis e intangíveis, recursos humanos e financeiros, além da isenção do cumprimento dos princípios que regem a

administração pública, tampouco, preserva-se os princípios e diretrizes defendidas pelo SUS.

Além destes fatos, perde-se consideravelmente em participação e controle social.

Em outras palavras, diante da relação que se estabelece entre o público e o privado no âmbito da saúde, é necessário nos atentarmos para a expansão da privatização. A privatização vem se configurando como a saída encontrada pelos atuais governos como forma de resolver os problemas existentes no nosso sistema de saúde (em especial), o que representa riscos a consolidação do SUS enquanto modelo de gestão estatal comprometido com o alcance na universalidade na execução das políticas públicas, além do envolvimento com a comunidade e controle social.

Face ao exposto, cabe ao profissional de serviço social, um envolvimento constante e com responsabilidade para lutar em prol da efetivação das diretrizes propostas pelo SUS, utilizar suas ferramentas de trabalho cabíveis diante das propostas mencionadas.

Em tempos de mudanças no processo de produção, de precarização das relações e condições de trabalho, de espraiamento das ideologias conservadoras, de respostas omissas ou violentas, por parte do Estado, às reivindicações por direitos da classe trabalhadora e que atinge toda a população, os/as assistentes sociais afirmam, por meio de diversas ações e orientações, seu compromisso com a garantia inalienável dos direitos sociais e humanos.

Afirma, portanto, a luta por um projeto societário comprometido com uma nova sociabilidade, em oposição à ordem do capital, o que pressupõe a superação de todas as formas de opressão e exploração. Essa pauta política requer, na luta para sua materialização nas diferentes dimensões da vida cotidiana, a construção de mediações teórico-práticas e ético-políticas da categoria.

Há um certo aparelhamento político dos conselhos de políticas públicas, e as tentativas de privatização da saúde no Brasil são cada vez mais ousadas. Por isso, o Conjunto CFESS-CRESS precisa intensificar sua atuação dentro desses espaços, para defender a saúde como universal, pública e gratuita.

A categoria de assistentes sociais deve estar inserida na luta contra a privatização da Saúde, processo que ameaça o caráter público e universal das políticas sociais, limitando ou eliminando o controle social nesses espaços. Se faz necessário mais recursos para a Saúde, para a Educação, a transparência da gestão e o controle social dos gastos, bem como a valorização do trabalhador concursado.

Portanto, destacamos que essa análise não se esgota por aqui, mas que há muitos aspectos pertinentes nesse contexto, entre o público e o privado na saúde, e que podem ser aprofundados. Identificamos que na lógica neoliberal não existe o interesse na saúde pública efetivada constitucionalmente, sendo o próprio Estado, como organização político-administrativo-jurídica, o ator a afirmar essa lógica, por meio da ampliação do espaço à iniciativa privada, secundarizando a responsabilidade estatal frente às políticas de saúde.

A integração das fontes garantiria a sustentabilidade do financiamento e a coordenação dos recursos disponíveis para a saúde, evitando duplicações, desperdícios e carências e evidenciando que a saúde não é apenas um direito, mas também um dever e responsabilidade de todos, cabendo ao Estado zelar prioritariamente por aqueles que não têm capacidade de financiar os recursos necessários ao cumprimento de suas necessidades de saúde.

A importância do controle social se baseia na possibilidade de a sociedade civil interagir com o governo para estabelecer prioridades e definir políticas de saúde que atendam às necessidades da população, através dos conselhos de saúde e das conferências de saúde, não só de forma consultiva, mas sim deliberativa. Quando a sociedade conquista esses espaços de atuação na forma de lei, começa a luta para a garantia de direitos de na prática. As deliberações acerca das políticas de saúde é uma grande conquista e deve ser mantida, pois, a vontade de todos deve sobrepor aos interesses de alguns.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da análise exposta, identificamos a importância desse estudo para se compreender o tema abordado. A identificação e análise de fatos históricos e atuais relacionados ao forte impacto causado pelo processo atual de privatização/terceirização da Saúde Pública Brasileira e, mais especificamente, no Distrito Federal, requer uma visão ampliada de conceitos e situações que envolvem o conhecimento da temática.

Quando tratamos da importância de marcos históricos na Saúde Pública Brasileira, se faz necessário abordar pontos como a reforma sanitária, a constituição federal de 1988 e a criação do SUS que são as maiores conquistas dos brasileiros que hoje têm o direito a saúde gratuita para todos, garantida pelo Estado através de leis.

Quanto ao processo de implantação do modelo de gestão neoliberal na Política de Saúde baseado na terceirização/privatização dos serviços, apareceu de forma bem evidente a existência de novos modelos de gestão, baseados nas parcerias entre o Estado e o Setor Privado, como as OSCIPs (Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público), as OSs (Organizações Sociais) e as PPPs (Parcerias Público-Privadas). Para contextualizar tais modelos foram caracterizados os princípios que regem a administração pública burocrática e a gerencial, e o que cada uma trouxe de elementos positivos e negativos, e o papel do Estado na realidade do neoliberalismo.

Quanto às contradições entre o público e o privado na saúde e o contexto atual baseado em questões polêmicas, enfatizamos a importância desse tópico, pois se trata da crise instalada nos Hospitais Públicos do Distrito Federal, com a processo de terceirização dos serviços. Casos como a EBSEH no HUB, a OS no Hospital Regional de Santa Maria e a mais recente investida do governo em criar o Instituto Hospital de Base do Distrito Federal (IHBDF) não solicitando a opinião da população frente a tais mudanças, somente elucidam e ratificam o processo de privatização da saúde pública no Distrito Federal.

Os desafios atuais são muitos e o profissional do Serviço Social está intimamente envolvido no compromisso com a manutenção dos direitos sociais que estão sendo perdidos e até a ampliação dos mesmos através de lutas de uma sociedade que deve estar bem informada para alcançar aquilo que deseja.

Os objetivos propostos, tanto o geral quanto os específicos, foram alcançados, de maneira que trouxe ao leitor a análise crítica sobre os diversos pontos abordados. Foi possível compreender, principalmente, o processo de terceirização/privatização da Saúde Pública no Distrito Federal e o reflexo deste no atendimento à população que necessita ser assistida nas instituições de saúde, tanto as citadas quanto aquelas que ainda não foram afetadas por este processo. Satisfazendo, assim, nosso objetivo geral.

De forma natural, foi possível satisfazer também os objetivos específicos que estavam intimamente relacionados ao principal, como a possibilidade de destacar a importância de trazer informações sobre os marcos históricos na Saúde Pública Brasileira; e também, reconstituir o processo de implantação do modelo de gestão neoliberal na Política de Saúde baseado na terceirização/privatização dos seus serviços, compreendendo especificamente os modelos de gestão em vigor; além de caracterizar o processo de terceirização/privatização dos serviços de saúde no Distrito Federal, trazendo exemplos e comparando os casos de privatizações hospitalares presentes tanto no passado quanto na atualidade e provavelmente existirão em um futuro bem próximo, fazendo-se imprescindível, elencar os desafios relacionados a tal prática.

É importante destacar que este estudo se caracteriza como uma aproximação ao debate da privatização da saúde no Distrito Federal, fundamentada a partir de uma pesquisa documental, que abre uma chuva de ideias para a formulação de novos questionamentos e aprofundamentos acerca deste tema, sendo uma inspiração para futuras pesquisas sobre a temática, na perspectiva da luta pela política de saúde como direito social, universal, público, gratuito e de qualidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUCIO, F. L. **Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil**. In: FLEURY, S. (org.) Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

ALMEIDA FILHO, N. **A (clínica) e a reforma psiquiátrica**. In: AMARANTE, Paulo (Coord.). Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.

BEHRING, E. R. **A reforma do Estado e a Seguridade Social no Brasil**. SER Social: Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social, no 7. Brasília, 2000.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2011.

BNDES. **Terceiro Setor e desenvolvimento social**. Brasília: jul. 2001. (Relato setorial, n.3).

BOSCHETTI, Ivanete. **A insidiosa corrosão dos Sistemas de Proteção Social Europeus**. In: Serviço Social e Sociedade. São Paulo, n. 112, out./dez 2012, p. 754-803.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Senado Federal. Brasília, 1988.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia de assuntos jurídicos. Brasília, 1990.

\_\_\_\_\_. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado. Brasília, novembro de 1995.

\_\_\_\_\_. **Cadernos do MARE da Reforma do Estado** - Vol. 5 - Plano de Reestruturação e Melhoria da Gestão do MARE - 1998. Plano de Reestruturação e Qualidade. Brasília, MARE, 1998.

\_\_\_\_\_. **Lei nº. 9.790, de 23 de Março de 1999.** Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9790.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9790.htm)> Acesso em 21 ago. 2017

\_\_\_\_\_, **Lei n. 9.637 de 15 de maio de 1998.** Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9637.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9637.htm) > Acesso em 22 ago. 2017

\_\_\_\_\_. **Lei nº. 11.079, de 30 de dezembro de 2004.** Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/lei/l11079.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l11079.htm)> Acesso em 22 ago. 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011.** Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH. Brasília, 15 dez. 2011. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/l12550.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12550.htm)> Acesso em: 16 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. **Projeto de Lei da Câmara - PLC 30/2015 de 28/04/2015.** Disponível em: < <https://pt.slideshare.net/MarceloBancalero/sfsistemasedol2iddocumento.composto37507-1> > Acesso em: 16 mar. 2017.

BRAVO, M. I. S. **Política de Saúde no Brasil.** In: MOTA, Ana Elisabete et al. Orgs. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo, Editora Cortez, 2006.

\_\_\_\_\_. **Gestão Democrática na saúde: O potencial dos conselhos.** In: BRAVO, Maria Inês Souza. PEREIRA, Potyara A. P. (Orgs.). Política social e democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL. **Dispõe sobre o Projeto de Lei nº1.486/2017.** Disponível em: < <http://www.cl.df.gov.br/> >. Acesso em 15 mai. 2017



CAPELATO, M. H. R. **A imprensa na História do Brasil.** São Paulo: Contexto/EDUSP, 1988.

CARVALHO, D. **As disfunções da burocracia transformam-se na própria burocracia.** 2010. Disponível em: <  
<http://www.administradores.com.br/artigos/economia-e-financas/as-disfuncoes-da-burocracia-transformam-se-na-propria-burocracia/44412/>> Acesso em 04 ago. 2017.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social.** Rio de Janeiro: Fase/Ibam, 1995.

CASTRO, E.B. **Eficácia, Eficiência e Efetividade na Administração Pública.** ENANPAD. Salvador/BA. 2006. Anais em AMPAD 30º encontro. Disponível em: <  
<http://www.anpad.org.br/enanpad/2006/dwn/enanpad2006-apsa-1840.pdf> > Acesso em 14 ago. 2017.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica: para uso dos estudantes universitários.** 2 ed. São Paulo: McGraw-Hill, 1978

CISLACHI, J. F. **Hospitais Universitários Federais e os novos modelos de gestão: faces da contrarreforma do Estado no Brasil.** In BRAVO, Maria Inês Souza. MENEZES, Juliana S. B. Saúde na atualidade: por um Sistema Único de Saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

CORREIA, M. V. C. **Controle Social na Saúde.** In. MOTA, Ana Elisabete (et al) Orgs. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. ABEPSS/OPAS, 2001.

\_\_\_\_\_. **A saúde no contexto da crise contemporânea do capital: o Banco Mundial e as tendências da contrarreforma na política de saúde.** In Temporalis. São Luís: ABEPSS, 2007.

\_\_\_\_\_. **Por que ser contra aos novos modelos de gestão do SUS?** In: BRAVO. Maria Inês Souza. MENEZES, Juliana S. B. Saúde na atualidade: por um Sistema Único de Saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011, Pag. 43 – 49.

CORREIO BRAZILIENSE. **Entenda a proposta que pode transformar o Hospital de Base em instituto.** Notícia de 20 de junho de 2017. Disponível em: <[http://www.correio braziliense.com.br/app/noticia/cidades/2017/06/20/interna\\_cidades\\_df,603565/criacao-instituto-hospital-de-base-entenda-o-projeto.shtml](http://www.correio braziliense.com.br/app/noticia/cidades/2017/06/20/interna_cidades_df,603565/criacao-instituto-hospital-de-base-entenda-o-projeto.shtml)>. Acesso em: 18 out. 2017.

\_\_\_\_\_. **Governo do Distrito Federal estuda terceirizar a gestão de hospitais.** Notícia de 29 de setembro de 2015. Disponível em: <[http://www.correio braziliense.com.br/app/noticia/cidades/2015/09/29/interna\\_cidades\\_df,500572/governo-do-distrito-federal-estuda-terceirizar-a-gestao-de-hospitais.shtml](http://www.correio braziliense.com.br/app/noticia/cidades/2015/09/29/interna_cidades_df,500572/governo-do-distrito-federal-estuda-terceirizar-a-gestao-de-hospitais.shtml)>. Acesso em: 18 set. 2017.

\_\_\_\_\_. **HRSM passa a ter gestão pública três anos após inauguração.** Notícia de 22 de abril de 2011. Disponível em: <[http://www.correio braziliense.com.br/app/noticia/cidades/2011/04/22/interna\\_cidade\\_sdf,249085/hrsm-passa-a-ter-gestao-publica-tres-anos-apos-inauguracao.shtml](http://www.correio braziliense.com.br/app/noticia/cidades/2011/04/22/interna_cidade_sdf,249085/hrsm-passa-a-ter-gestao-publica-tres-anos-apos-inauguracao.shtml)>. Acesso em: 18 set. 2017

CORSI, F.L. **Crise do capitalismo e reestruturação da economia mundial.** As estratégias de desenvolvimento na América Latina, 2015. Disponível em: <<file:///C:/Users/55216713796/Downloads/3193-10729-2-PB.pdf>> Acesso em 14 mai. 2017.

COSTA, Mariana. **HUB assina contrato de gestão com empresa pública de hospitais.** UnB Agência, Brasília, 17 jan. 2013. Disponível em: <<http://www.unb.br/noticias/unbagencia/unbagencia.php?id=7519>>. Acesso em 19 jan. 2017.

CRONEMBERGER, DÉBORA. **Contrato do HUB com a empresa de hospitais deve sair em outubro.** UnB Agência, Brasília, 19 set.2012. Disponível em: <<http://www.unb.br/noticias/unbagencia/unbagencia.php?id+7067>>. Acesso em 22 set. 2017.

DISTRITO FEDERAL. **Projeto de Lei nº 1.486 de 2017.** Lido em plenário em 14 mar. 2017. Brasília, DF. Disponível em <<http://legislacao.cl.df.gov.br/Legislacao/consultaProposicao-1!1486!2017!visualizar.action>>. Acesso em 21 mai. 2017.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 29.870 de 2008.** Regumenta a Lei nº 4.081, de 4 de janeiro de 2008, e dá outras providências. Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília, DF, n. 4, 19 dez. 2008. Disponível em: <

[http://www.tc.df.gov.br/SINJ/DetalhesDeNorma.aspx?id\\_norma=59354](http://www.tc.df.gov.br/SINJ/DetalhesDeNorma.aspx?id_norma=59354) >. Acesso em: 22 set. 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei Distrital nº 4.081 de 2008**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais no âmbito do Distrito Federal e dá outras providências. Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília, DF, n. 4, 07 jan. 2008. Seção I, p.1-3.

\_\_\_\_\_. Tribunal de Contas do Distrito Federal. **Processo nº 39440/09 A (Volumes I e II)**, de 03 de agosto 2010. Relatório em auditoria feita sobre o Contrato de Gestão nº 01/09/SES-DF celebrado entre a Secretaria de Saúde e a Real Sociedade Espanhola de Beneficência para a Gestão do Hospital Regional de Santa Maria. Disponível em: < <https://www.tc.df.gov.br/sistemas/DocsWord/Ord/Relatorio/2010/08/156844.doc>>. Acesso em: 5 ago. 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei Distrital nº 4.301 de 2009**. Dispõe sobre a qualificação de pessoa jurídica de direito privado como Organização de Sociedade Civil de Interesse Público - OSCIP no âmbito do Distrito Federal e dá outras providências. Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília, DF, n. 22, 30 jan. 2009. Seção I, p.1-3.

DUARTE, Janaína Lopes do Nascimento. **O Enfrentamento da Questão Social na Contemporaneidade: a funcionalidade das ONGs**, 2007. Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos/EixoTematicoC/c87b61e8701505617a24Janaina.pdf>>. Acesso em 28.out.2017.

DURIGUETTO, M.L. **Sociedade Civil e Democracia: um Debate Necessário**. Libertas v.8, n.2, p.83 – 94. Juiz de Fora. jul-dez / 2008 – ISSN 1980-8518. Disponível em: <<file:///C:/Users/55216713796/Downloads/1790-5579-1-PB.pdf>> Acesso em 21 mai. 2015.

FILGUEIRAS, L. **O neoliberalismo no Brasil: estrutura, dinâmica e ajuste do modelo econômico**. In: publicação: Neoliberalismo y sectores dominantes. Tendencias globales y experiencias nacionales. CLACSO, Buenos Aires. 2006.

FIOCRUZ. **Conceito de Reforma Sanitária**. Disponível em: <<http://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria>>. Acesso em 17 de maio de 2017.

Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. **Manifesto em defesa dos hospitais universitários como instituições de ensino pública-estatal, vinculadas às universidades, sob a administração direto do Estado: contra a implantação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares nos Hospitais**

**Universitários (HUs) do Brasil.** 20 mar. 2012. Disponível em: <<http://www.contraprivatizacao.com.br/2012/03/manifesto-contra-ebserhleia-informe-se.html>>. Acesso em: 2 out. 2017.

GONÇALVES et al. **Orçamento como ferramenta de gestão de recursos financeiro no terceiro setor: um estudo nas OSCIP do Semiárido da Paraíba.** 2008. Disponível em: <<http://www.congressosp.fipecafi.org/web/artigos92009/135.pdf>. > Acesso em 21 mai. 2017.

HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL. **História do HBDF.** Disponível em: <<https://www.hospitaldebasedf.com.br>>. Acesso em 15 mai. 2017

JUSBRASIL. **TAC estabelece intervenção no Hospital de Santa Maria.** Notícia de 29 de maio de 2011. Disponível em: < <https://mp-df.jusbrasil.com.br/noticias/2465143/tac-estabelece-intervencao-no-hospital-de-santa-maria> >. Acesso em 15 mai. 2017

MAXIMIANO, A. C. Teoria geral da administração: da escola científica a competitividade em economia globalizada. São Paulo: Atlas, 2000.

MENDEZ, M. **O que são Parcerias Público-Privadas (PPP)?** Brasília. 2012. Disponível em: < <http://www.brasil-economia-governo.org.br/2012/04/09/o-que-saoparcerias-publico-privadas-ppp/> >. Acesso em 20 ago. 2017

MINAYO, M. C. de S. **Trabalho de campo, contexto de observação, interação e descoberta.** In: \_\_\_\_\_. (Org.). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. São Paulo: Petrópolis: Vozes, 2004.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 5. ed. São Paulo, Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1999.

MONTAÑO, C; DURIGUETTO, M. L. **Estado, Classe e Movimento Social.** São Paulo: Cortez, 2010.

MONTAÑO, C. **Terceiro Setor e Questão Social:** Crítica ao padrão emergente de intervenção social. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

NETTO, J. P. **Transformações societárias e Serviço Social**. Serviço Social e Sociedade, n. 50, 1996, Pp. 117-9.

NOGUEIRA, M A. **A política social e a radicalização do moderno**. In: PEREIRA, Potyara A. P. et al. Política Social, Trabalho e Democracia em questão. Brasília: Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Política Social, Departamento de Serviço Social, 2009.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. (Coleção Temas em Saúde).

PEREIRA, L. C. B. **A reforma do Aparelho do Estado e a Constituição Brasileira**. Brasília: MARE/ENAP, 1995.

PINTO, J.E.N. **As Parcerias Entre o Setor Público e o Setor Privado**. 2003. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/3839/as-parcerias-entre-o-setor-publico-e-o-setor-privado>> Acesso em 20 mai. 2017.

REZENDE, C. A. P. **O modelo de gestão do SUS e as ameaças do Projeto Neoliberal**. In: BRAVO, M. I. S. et al (Orgs.). A política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e a agenda para a saúde. 2º ed. Rio de Janeiro: Adufrj, 2008.

SILVA, E. S. **Aids e Políticas Públicas: uma análise da contribuição da Rede Nacional De Pessoas Vivendo E Convivendo Com HIV/aids** – Núcleo Campina Grande – PB. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, 2012.

SOARES, R. C. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social**. Recife: Tese (Doutorado) – UFPE, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-graduação em Serviço Social, 2009.

SODRÉ, Francis et al. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão?** Serv. Soc. Soc., São Paulo, n.144, Junho 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010166282013000200009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010166282013000200009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25 out .2017.

SOUZA F., R. de. **Estado, burocracia e patrimonialismo no desenvolvimento da administração pública brasileira**. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006.

TEIXEIRA, S. F. **Reflexões Teóricas sobre democracia e Reforma Sanitária.** In: Reforma Sanitária em Busca de uma Teoria. Teixeira, S. F. (org.). São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989.

TEIXEIRA, M. J de O. **A fundação estatal de direito privado na saúde: Um modelo de gestão democrático?** In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Orgs). Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos. São Paulo: Cortez, 2012.

VIOLIN, T. C. **A Inconstitucionalidade Parcial das Organizações Sociais – OSs.** In BLANCHET, Luiz Alberto, HACHEM, Daniel Wunder, SANTANO, Ana Cláudia (Coord.). Estado, Direito & Políticas Públicas, homenagem ao Professor Romeu Felipe Bacellar Filho. Curitiba: Ithala, 2014.