

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Escola de Enfermagem
Graduação em Saúde Coletiva

Ingrid Neumann Basler

O Impacto da Reforma Gerencial da Administração
Pública no Sistema Único de Saúde do Brasil

Porto Alegre
2013

Ingrid Neumann Basler

O Impacto da Reforma Gerencial da Administração
Pública no Sistema Único de Saúde do Brasil

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito parcial para
conclusão do Curso de Saúde Coletiva.
Orientador: Prof. Dr. Aragon Érico
Dasso Junior.

Porto Alegre
2013

RESUMO

Este artigo pretende analisar o impacto da implantação do modelo gerencial de Administração Pública, a partir da segunda metade dos anos 1990, no Sistema Único de Saúde. Portanto, o Campo de Estudo deste artigo está localizado na fronteira interdisciplinar da Saúde Coletiva e da Administração Pública. Para realizar tal tarefa, o Tipo de Estudo adotado é o Método Hipotético-Dedutivo, com uma abordagem predominantemente qualitativa. Ademais, os Tipos de Pesquisas utilizados são fundamentalmente o bibliográfico e o documental. Para tanto, no trabalho são analisados textos históricos (publicações do Ministério da Saúde, além de programas em saúde), artigos científicos e documentos legais (texto constitucional, leis infraconstitucionais e atos administrativos). A estrutura do artigo é composta por três partes: direito à saúde no Brasil; reforma gerencial da Administração Pública brasileira; e impacto do modelo gerencial nos formatos organizacionais e contratuais que são utilizados pelo SUS, a partir de 1995.

PALAVRAS-CHAVE: saúde; reforma gerencial; Sistema Único de Saúde.

INTRODUÇÃO

Até chegarmos ao que hoje denominamos de Sistema Único de Saúde (SUS), observamos um longo período de prevalência do privado sobre o público na saúde brasileira. Segundo Costa (2009), os antecedentes do SUS remetem a um cenário epidemiológico e de estrutura sanitária caracterizada pela falta de cobertura e limitações do modelo vigente, relacionados com os grandes problemas de desenvolvimento e dívida social que o país acumulava. Nessa perspectiva, o SUS promove uma transição de um modelo assistencial, vertical, centrado na doença, baseado na prestação de serviços de saúde individual e notadamente curativo, para um modelo completamente novo quanto à lógica de sua organização e dos valores que o constituem.

Com o início da “Era Vargas” (anos 1930), programas e campanhas começaram a beneficiar a população de forma muito parcial. Ao longo deste texto, buscar-se-á relembrar o movimento da sociedade civil em busca do direito à saúde: desde a Reforma Sanitária e a 8ª Conferência Nacional de Saúde, perpassando os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde, até retratar importantes aspectos constitucionais. Costa ainda sintetiza o Movimento da Reforma Sanitária como “as aspirações de um projeto nacional democrático e de uma nova ordem institucional, ancorados no respeito à vida e no direito à igualdade” (2009, p.117).

O contexto da saúde em que se vive na atualidade foi construído com muita dificuldade e mobilização da sociedade civil há anos atrás. Entretanto, o modelo de saúde pública que foi almejado nos anos 1970-1980, desde a segunda metade dos anos 1990, corre sérios riscos de ser fragilizado por um modelo de Estado de corte capitalista, opressor e mercantil. Aquele modelo ancorado na ideia de universalidade e gratuidade, hoje vem sendo modificado por uma lógica privatista.

Portanto, o objetivo principal deste trabalho é analisar o modelo de saúde brasileiro criado na Constituição Federal de 1988 e regulamentado na Lei nº 8080/90, boa parte dele almejado na Reforma Sanitária, buscando identificar as principais transformações que o mesmo sofreu com Reforma Gerencial da segunda metade dos anos 1990. Ademais, pretende-se demonstrar que há uma profunda contradição entre o modelo do SUS, idealizado pela Reforma Sanitária e materializado na Constituição Federal de 1988 e o modelo de Estado ultraliberal vigente e o seu consequente modelo de Administração Pública gerencial.

Para cumprir com esse objetivo, o Sistema Único de Saúde será retomado de forma a se conhecê-lo constitucionalmente e historicamente. Desde o Movimento de

Reforma Sanitária, o SUS foi almejado de maneira a liquidar com desigualdades no acesso à saúde da população. Porém, o novo modelo de Administração Pública que estamos constituindo no Brasil, pós Reforma Gerencial, gera a sensação de que há uma reforma do Estado em curso também, como aponta Dasso Junior (2006). Ao mesmo tempo, há uma clara insatisfação da população com os resultados desse processo de “redemocratização”, pós ditadura militar, sobretudo quanto ao funcionamento da representação política, característica principal do modelo elitista adotado, ou melhor, confirmado; pois a tradição política elitista é um dos traços característicos da organização política nacional. Diante desse déficit democrático que, aliás, não é privilégio brasileiro, corre-se o risco de abandonar a crença na democracia e nas suas possibilidades. Este novo modelo que será estudado vem gerando incongruências no SUS.

Com a exposição do modelo do sistema de saúde brasileiro, em especial no que tange às suas diretrizes, princípios e suas formas de prestação, é necessário que se analise também como fica a garantia dos direitos universais da população à saúde antes e depois da Reforma Gerencial brasileira de 1995, além de evidenciá-la como precursora da entrada nacional ao modelo ultraliberal (neoliberal) de Estado, principalmente com a brecha constitucional que estabelece a complementariedade do setor privado ao setor público “mediante contrato de direito público ou convênio” (artigo 199, § 1º, da Constituição Federal de 1988), quando as disponibilidades do SUS “forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área” (artigos 24 a 26 da Lei nº 8.080/90), que permitiu a ampliação dos serviços privados de saúde por dentro do SUS.

As formas de prestação de serviços em saúde que foram regulamentadas na Constituição Federal e as formas de prestação que temos no atual momento serão analisadas de forma a verificar incongruências nos denominados novos modelos de gestão que têm sido apresentados como a resolução dos problemas do SUS.

Segundo Correia: “Restringe-se tudo à má gestão pública, apresentando-se como saída a sua terceirização, que em nome de uma suposta modernização, autonomia e flexibilização traria uma maior eficiência aos serviços de saúde prestados” (2012, p. 3).

Por ser o sistema de saúde vigente em nosso país, e considerando sua importância social no que diz respeito à garantia dos direitos da população, é muito importante que o Sistema Único de Saúde se mantenha constitucional. Apesar dos seus muitos avanços, o SUS ainda está em construção e não pode estar à mercê das vontades

políticas de cada governo. Como sanitaristas, para que possamos analisar e fazer a efetiva implementação de políticas e de uma boa administração, é muito importante que conheçamos não somente o sistema descrito na Constituição, mas também o sistema que temos implantado.

Em função do exposto, este artigo pretende analisar o impacto da implantação do modelo gerencial de Administração Pública, a partir da segunda metade dos anos 1990, no Sistema Único de Saúde. Portanto, o Campo de Estudo deste artigo está localizado na fronteira interdisciplinar da Saúde Coletiva e da Administração Pública.

Para realizar tal tarefa, o Tipo de Estudo adotado é o Método Hipotético-Dedutivo, com uma abordagem predominantemente qualitativa. Ademais, os Tipos de Pesquisas utilizados são fundamentalmente o bibliográfico e o documental. Para tanto, no trabalho são analisados textos históricos (publicações do Ministério da Saúde, além de programas em saúde), artigos científicos e documentos legais (texto constitucional, leis infraconstitucionais e atos administrativos).

A estrutura do artigo é composta por três partes: direito à saúde no Brasil; reforma gerencial da Administração Pública brasileira; e impacto do modelo gerencial nos formatos organizacionais e contratuais que são utilizados pelo SUS, a partir de 1995.

1. DIREITO À SAÚDE NO BRASIL: SUS

1.1. Reforma Sanitária

Em 1985, com a retomada da democracia no Brasil, a situação do país era de uma imensa “dívida social” no que diz respeito a direitos à saúde. Neste momento, a saúde era entendida como “o estado de não doença”, o que fazia com que toda a lógica girasse em torno da cura de agravos. Essa lógica significava que as ações nada mais eram do que remediar os efeitos da doença sem dar a devida ênfase às causas. (Ministério da Saúde, 2000). Segundo Costa “os antecedentes do SUS remetem a um cenário epidemiológico e de estrutura sanitária caracterizada pela falta de cobertura e limitações do modelo vigente, relacionados com os grandes problemas de desenvolvimento e dívida social que o país acumulava” (2009 p. 116).

Tínhamos uma saúde extremamente privatista, garantida apenas de forma biomédica e curativa que era disponível pelo Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), vista sob uma ótica mercantil e mantida pelo Estado. O modelo desenvolvimentista e de internacionalização da economia, mantido pelo militarismo, concentrava renda, estagnava salários e acelerava a urbanização e deixava a população cada vez mais distante de seus direitos em saúde. Com o mínimo de investimentos e a forte oposição dos empresários da época a qualquer tipo de política assistencialista comunitária e médico social, iniciou-se uma crítica a este modelo (Escorel, 1998).

O ambiente constitucional naquele momento era de forte rejeição imposta, autoritariamente, pelo regime militar. Em um momento de crescimento de consciência nacional, associou-se descentralização com democratização, e ampliaram-se os direitos sociais da cidadania, integrando-se, sob o conceito de seguridade social, a proteção de direitos individuais, à proteção de direitos coletivos como saúde e previdência social (Silva, 2008). A mobilização da população que era de caráter democrático, contra a ditadura militar com o tema Saúde e Democracia se disseminou pelas universidades, e pela sociedade civil (Arouca, 1998).

É claro que não se pensava mudar apenas o sistema de saúde, na verdade era necessário criar uma nova visão sobre a questão saúde no contexto daquele momento. Como a luta sempre foi em uma dimensão contra ditadura militar e o auge era de repressão, uma vez que brechas eram abertas nos departamentos e nas universidades de saúde da época para manifestações, veio a calhar que o sistema de saúde fosse um dos

setores da sociedade com mais visibilidade, apesar de o Estado estar passando por uma forte crise generalizada.

A organização da classe operária, o movimento sanitário que articulou trabalhadores, acadêmicos, profissionais de saúde e setores populares, a mobilização nacional em torno das eleições “Diretas Já” e a derrota do regime autoritário, constituíram um processo político que ampliou os espaços das forças democráticas, possibilitando a construção da proposta da *Reforma Sanitária Brasileira* (Borba, s/d; Cebes, 1985). Esta, até então difundida com o almejo da democratização da saúde, foi debatida durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde defendendo conceitos que deveriam ser efetivados: conceito ampliado de saúde; reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado; participação da população, denominada como controle social; criação do Sistema Único de Saúde; constituição e ampliação do orçamento social (CNS, 1987).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 consolidou o direito à saúde como responsabilidade do Estado para toda a população, garantindo condições de acesso e qualidade dos serviços, servindo de subsídio para a elaboração da nova Constituição de Saúde do Brasil.

1.2. Direito à saúde na Constituição Federal de 1988

Em 1988, como uma conquista cidadã, foi promulgada a Constituição Federal Brasileira incorporando mudanças no papel do Estado e alterando as características jurídicas e institucionais do sistema de saúde, criando uma nova relação de funcionamento entre as esferas de governo, novos papéis entre os atores e enfim dando origem ao Sistema Único de Saúde. Segundo Silva (2008) o Estado passou a ser um prestador de serviços, e a saúde deixou de ser um produto comprado, ou ato de caridade, e passou a ser um direito do cidadão, o Brasil alicerçou as bases da saúde pública. Sendo assim, segundo o Ministério da Saúde, “após a nova constituição, a única condição para um indivíduo ter acesso e direito aos serviços e ações em saúde é apenas precisar deles” (1990, p.4).

O artigo 196 da Constituição da República de 1988 assim dispõe:

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

Essa definição conceitual assume sua versão prática de acordo com o artigo 198: o SUS é uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços públicos de saúde, organizado de acordo com as diretrizes constitucionais de descentralização, com direção única em cada esfera de governo entendida como a distribuição de responsabilidades das ações e serviços de saúde da União, para os estados e municípios; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade garantindo que a população, através de suas representatividades sociais tenha direito à participação no processo de formulação, tomada de decisões e controle de execução de políticas e ações em saúde. Segundo Costa (2009, p. 115), isso significa a representação das pessoas no controle social e na formulação de políticas públicas por meio dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, que constituem instâncias deliberativas e de pactuação social.

O artigo 200 dispõe sobre as competências do Sistema Único de Saúde, expõe seu papel de controlar, fiscalizar e participar da produção de interesses para a saúde, executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, ordenar a formação de profissionais, formular políticas e ações de saneamento, participar do desenvolvimento científico e tecnológico, além de proteger o meio ambiental e do trabalhador (BRASIL, 1988). Ainda mais, quando se pensa em ousadia para assumir um compromisso em garantir saúde para uma população tão distinta e que aqui deve-se pensar que para cada região e para o que significa saúde culturalmente para cada região é preciso observar os princípios doutrinários como universalidade, equidade, integralidade, regionalização e hierarquização. Neste caso, como diz Scliar (2007) o conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, concepções científicas, religiosas, filosóficas e por isso, por mais que o sistema de saúde brasileiro se comprometa com estas metas, deve-se levar em conta as dimensões territoriais continentais do Brasil e que por isto enfrenta uma série de desafios sociais, econômicos, políticos, com inúmeras desigualdades, tornando-se difícil sua realização efetiva (Souza e Costa, 2010).

Conforme já foi mencionado, (Andrade, 2010) o direito à saúde no Brasil já existia com a presença de algumas leis esparsas que garantiam, por exemplo, um sistema de vigilância sanitária ou ainda mais anteriormente, apenas um sistema com base no modelo curativo de doenças. Não podíamos dizer, no entanto, que tínhamos a garantia de direitos sanitários e em saúde reconhecidos. Estes direitos consolidaram-se a

partir e principalmente após a promulgação da Constituição Federal de 1988 com uma nova lógica de planejamento e de funcionamento. Como é sabido, é raro que quando há a implantação de um novo modelo, principalmente quando este vem rompendo irracionalidades e a maneira sobre como as pessoas e os governantes devem se portar frente às práticas muito antes impregnadas, está claro que deve se ter em mente que esta nova concepção de direitos e deveres não foi incorporada, totalmente implantada ou até mesmo compreendida de imediato por ambas as esferas de interesse.

1.3. Criação do SUS

A efetiva implantação do Sistema Único de Saúde pode-se dizer concretizada no que diz respeito à garantia de direitos e deveres com o processo de elaboração e aprovação das leis infraconstitucionais denominadas de Leis Orgânicas da Saúde: Leis nº 8.080 e nº 8.142 que dispuseram sobre os princípios, e condições para a organização, planejamento e funcionamento do sistema, suas competências e atribuições (Souza e Costa, 2010).

As Leis Orgânicas da Saúde dispõem sobre a direção do Sistema Único de Saúde que é exercida em cada esfera de governo. Através da descentralização, busca-se envolver todas as esferas para que juntas funcionem no sentido de promover melhorias na situação de vida e de saúde da população (Souza e Costa, 2010).

Sobre o financiamento do SUS, o capítulo II da Lei nº 8.080 dispõe que os recursos financeiros serão oriundos da Seguridade Social e distribuídos aos Estados, Distrito Federal e Municípios de acordo com a combinação de critérios de perfil populacional. Entretanto, um problema ocorre quando o repasse financeiro para estados e municípios não é administrado com responsabilidade e grande parte das finanças não é aplicada no setor saúde, recursos estes que poderiam ser investidos em contratação e capacitação de profissionais, materiais e tecnologias de saúde, não são feitos tornando avanços reais mera utopia (Souza e Costa, 2010).

Depois de muitos vetos e a fim de complementar a Lei nº 8.080, a Lei nº 8.142 foi estabelecida em 28 de setembro de 1990 para dispor sobre a participação da comunidade na gestão do sistema, dizendo respeito à representação dos usuários no processo de participação do fazer e pensar saúde (Souza e Costa, 2010).

O Sistema Único de Saúde segue um regime doutrinário e é organizado sob o estabelecimento de alguns princípios que estão previstos em lei. Universalidade, equidade, integralidade são preceitos constitucionais que garantem aos cidadãos o

direito e de que ter saúde independe do estado bio-psico-social e das barreiras políticas, sociais e culturais. Promovendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde como um todo, dividindo-se somente no que diz respeito à sua complexidade. Além disso, o sistema de saúde brasileiro deve atuar de forma regionalizada e hierarquizada, resolutivo, descentralizado e com participação cidadã de forma a estarem organizados por complexidade facilitando o reconhecimento dos principais problemas de saúde populacional e podendo aprimorar as ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores e outros diversos determinantes sociais, objetivando promover uma saúde mais adequada à população delimitada e fazendo co-gestão entre União, estados e municípios uma vez que as decisões sejam tomadas o mais perto possível do fato, havendo uma incidência maior da efetividade das ações de forma a dar espaços legítimos à participação das pessoas no que tange decisões em saúde pública (Ministério da Saúde, 1990).

Quanto à Complementariedade do Setor Privado, a Constituição definiu que, quando por insuficiência do setor público for necessário a contratação de serviços privados, isso deve se dar sob as seguintes condições:

1ª - a celebração de contrato, conforme as normas de direito público, ou seja, interesse público prevalecendo sobre o particular;

2ª - a instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do SUS. Prevalecem, assim, os princípios da universalidade, equidade, etc., como se o serviço privado fosse público, uma vez que, quando contratado, atua em nome deste;

3ª - a integração dos serviços privados deverá se dar na mesma lógica organizativa do SUS, em termos de posição definida na rede regionalizada e hierarquizada dos serviços. Dessa forma, em cada região, deverá estar claramente estabelecido, considerando-se os serviços públicos e privados contratados, quem vai fazer o que, em que nível e em que lugar (Constituição, 1988).

Dentre os serviços privados, devem ter preferência os serviços não lucrativos, conforme determina a Constituição. Assim, cada gestor deverá planejar primeiro o setor público e, na sequência, complementar a rede assistencial com o setor privado, com os mesmos conceitos de regionalização, hierarquização e universalização. (Ministério da Saúde, 1990).

Enfim, o artigo 199 mantém a assistência à saúde livre à iniciativa privada, permitindo, portanto, a comercialização da saúde por privados, com fins lucrativos.

2. REFORMA GERENCIAL DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA BRASILEIRA

2.1. Características do Modelo Gerencial

Para Luiz Carlos Bresser Pereira (2000, p.6) toda reforma de Estado conta com uma reforma constitucional e uma de gestão. A reforma de gestão se deu no Brasil a partir de 1995 com a publicação do Plano Diretor para Reforma do Aparelho do Estado, onde continham normas de mercado para a “flexibilização da burocracia”. Além disso, para a reforma gerencial foi fundamental a criação formal de, por exemplo, duas novas organizações sociais, em 1997, as “agências executivas” (instituições estatais que executam atividades exclusivas de Estado) e as “organizações sociais” (instituições híbridas entre o Estado e a sociedade que executam os serviços sociais e competitivos).

No Brasil, segundo Dasso Junior (2006) as “crises do petróleo” e a “década perdida” na década de 90 contribuíram para fomentar a crise o aumento da dívida externa e o Estado de “bem estar social” foi declarado em crise. Novas demandas sociais eram geradas por uma população que esperava por mudanças logo após o país ter saído de uma ditadura militar, cooperou para um discurso neoliberal. A visão dominante e conservadora da elite brasileira defendeu a ideia nos anos 1990 de que a “reforma do Estado” era inevitável, que não havia alternativa.

A Reforma Administrativa, aliada à tentativa de implantação de um novo modelo de Administração Pública surgia à medida que a ideia de crise de governança parecia legítima, uma vez que o Estado burocrático dificultava ações para atender às demandas sociais. Segundo Dasso Junior (2006) esta crise não era verdadeira, uma vez que o Estado de bem estar social nunca se deu de forma completa no Brasil, desta forma, a solução para os obstáculos de crescimento privado era uma reforma administrativa e gerencial a fim de maximizar os lucros do setor privado, colocando a Constituição Federal como obstáculo de crescimento e desenvolvimento. Em contrapartida o Decreto-Lei nº 200/67 que foi considerado a segunda reforma da Administração Pública e que corresponde à concepção das entidades dotadas de personalidade jurídica própria que passam a ser parte da administração pública indireta com a criação e regulamentação das autarquias, empresas públicas, fundações públicas e sociedade de economia mista. O objetivo desse Decreto, segundo Dasso Junior (2006) era flexibilizar a Administração Pública com formas de gestão mais próximas do modelo privado. Assim, mais tarde o Decreto-Lei nº200/1967 foi resgatado pelos

gerencialistas de forma a representar um “marco de superação da rigidez burocrática uma vez que realiza a transferências de atividades típicas de Estado para empresas públicas obtendo maior dinamismo e flexibilidade operacional” (MARE, 1997, p.19-20).

Desta forma, o que imperava é que o Estado deveria diminuir de tamanho, se tornando mais ágil, flexível e se restringindo à regulação com intervenção mínima na prestação de serviços (Bagattolli, 2006).

Assim, o modelo gerencial que vinha neste período tomando forma e principalmente sendo considerado de cunho constitucional tinha como premissas atenuar a estabilidade no emprego dos servidores públicos, utilizar o setor privado como modelo, usar organizações públicas não-estatais para prestar serviços públicos sociais e científicos (Dasso Junior, 2006). Além disso, tinha como características a tomada de decisões baseada em conceitos técnicos em detrimento da democracia, o retorno ao individualismo, o privado em detrimento do público e o uso constante de eufemismos, uma vez que usam expressões do tipo: “liberal democrático” ou “público não estatal”, que condizem ao processo de privatização da “Nova Gestão Pública”.

A Reforma Gerencial ganha marco oficial com a publicação do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, em 1995, tendo como idealizador o ex-ministro Luiz Carlos Bresser Pereira, para quem uma reforma ou reconstrução do Estado era uma tarefa política da mesma década.

2.2. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (1995)

A partir de 1995, no governo de Fernando Henrique Cardoso, a Administração Pública Brasileira foi objeto de uma profunda reforma gerencial que teve no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) seu texto fundador, criado pelo ex-ministro da Reforma do Estado Luiz Carlos Bresser Pereira.

Baseado nas reformas que estavam acontecendo em outros países, na década de 1980, a reforma gerencial envolvia desconcentração dos serviços, delimitação e estabelecimento de quais seriam as atividades exclusivas do Estado, sendo as não exclusivas destinadas a um dito segmento do Estado, o setor público não estatal que se constituem pelas organizações sem fins lucrativos, que segundo Bresser Pereira não são propriedade de nenhum indivíduo ou grupo e estão orientadas diretamente para o atendimento do interesse público. As organizações sociais teriam uma maior autonomia e o financiamento do Estado (MARE, 1995).

O setor de serviços não exclusivos do Estado que envolve atividades sociais, como saúde e educação, segundo o PDRAE deve ser prestado pelo regime da propriedade pública não estatal utilizando organizações de direito privado, mas com finalidades públicas, sem fins lucrativos. Segundo Dasso Junior, o que foi escrito no PDRAE merece um pouco mais de atenção no que se refere às atividades denominadas não exclusivas e a sua forma de propriedade, uma vez que, é ali que se “mascara” a ideia de privatizar (Dasso Junior, 2011). Desta maneira, atenta-se para o fato de que o Plano exalta o uso de eufemismos, uma vez que usa, por exemplo, o termo publicização, em vez que privatização quando trata sobre propriedade pública não-estatal (Dasso Junior, 2011).

O quadro elaborado pelo MARE resume as propostas do Plano Diretor, onde expõe a forma de propriedade, a forma de administração e os setores envolvidos no processo.

Quadro 1: O aparelho do Estado e as formas de propriedade.

	FORMA DE PROPRIEDADE			FORMA DE ADMINISTRAÇÃO	
	Estatal	Pública Não Estatal	Privada	Burocrática	Gerencial
NÚCLEO ESTRATÉGICO Legislativo, Judiciário, Presidência, Cúpula dos Ministérios, Ministério Público	●				●
ATIVIDADES EXCLUSIVAS Regulamentação, Fiscalização, Fomento, Segurança Pública, Seguridade Social Básica	●				●
SERVIÇOS NÃO-EXCLUSIVOS Universidades, Hospitais, Centros de Pesquisa, Museus		Publicização → ●			●
PRODUÇÃO PARA O MERCADO Empresas Estatais			Privatização → ●		●

Fonte: Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (MARE, 1995).

Segundo Dasso Junior (2009), o processo de privatização da gestão e da gerência dos serviços SUS, seja por opção político/ideológico ou por convicção administrativa, vem ferindo frontalmente os dispositivos constitucionais, através das Organizações Sociais, OSCIPS e outras figuras organizacionais que exercem seu papel com a mais

ampla liberdade à revelia dos limites estabelecidos pela legislação bem como dos princípios do SUS. Segundo o PDRAE, as organizações não estatais estariam assumindo as atividades não exclusivas do Estado pelo motivo de que este é ineficiente e não consegue dar conta de toda a demanda populacional por sua gestão burocrática. Desta forma, a reforma gerencial vem assumindo um caráter ultraliberal. Segundo Noronha e Soares (2001) este setor (o mal denominado “terceiro setor”) emerge sem que se defina claramente como ele é constituído e quais são as regras para o seu funcionamento e, principalmente, para o seu financiamento e prestação de contas à sociedade.

2.3. A Emenda Constitucional nº 19 de 1998

Em 04 de junho de 1998, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 19, conhecida também como emenda da “reforma administrativa”.

Dentre diversas mudanças as principais alterações no capítulo sobre a Administração Pública foram: fim do regime jurídico único permitindo que a contratação de pessoal via CLT fosse permitindo, havendo dessa maneira, uma descontinuidade no processo de prestação de serviços à população; alteração das regras da estabilidade dos servidores públicos que afeta diretamente o setor de saúde, uma vez que este, assim como outros setores sociais, carecem de uma continuidade de cuidado e atenção por parte do servidor para com a comunidade; aumento do período de estágio probatório para servidores públicos; inclusão de dispositivo que permite aos órgãos e entidades da Administração direta e indireta fixar contratos de gestão com os ministérios e assim ganhar "flexibilidade" para administrar o seu orçamento e sua folha de pagamentos, podendo estabelecer os salários dos seus empregados ou servidores, desde que cumpram as "metas" fixadas pelo governo, desta maneira, pondo em cheque a qualidade da prestação de serviços, de modo que pouco ou nunca se fala na forma prática de como se dará a assistência à saúde , por exemplo, pois quando envolve-se qualidade, a partir da reforma gerencial vem-se envolvendo redução de custos; inclusão do princípio da “eficiência”, agora arrolado ao lado dos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade e publicidade (Dasso Junior , 2006).

Sobre a Emenda Constitucional nº 19 de 1998, podemos concluir que a redução de pessoal, de incentivos, a perda da continuidade na prestação de serviços, principalmente nas áreas sociais, a maior flexibilidade dos entes indiretos da administração não serviu como um avanço para setor público, pelo contrário, configura

a precarização dos servidores, perdendo a noção de carreira pública e dismantelando ainda mais as características típicas de Estado.

3. IMPACTO DA REFORMA GERENCIAL NO SUS

3.1. Agências Reguladoras

As Agências Reguladoras no Brasil passaram a ser criadas sob regime especial de autarquias, pessoa jurídica de direito público, ou seja, entes administrativos com patrimônio próprio e autonomia administrativa e financeira. No direito brasileiro, Agência Reguladora pode ser denominada qualquer entidade da Administração Indireta com função de regular um setor específico que lhe está adscrito tecnicamente, assim sua estrutura está direcionada para a atividade econômica posta sob seu controle.

Por representarem o poder público, as agências reguladoras, segundo a ANS, (2001) tem poder regulador definido em lei, materializado na sua capacidade de regular, controlar, fiscalizar e punir; autonomia administrativa, materializada no mandato de seus dirigentes e na flexibilidade dos instrumentos de gestão: estrutura organizacional, recursos humanos, sistema de compras e outros e autonomia financeira, materializada na arrecadação direta de taxas específicas (Dasso Junior, 2006).

No que diz respeito ao alcance e independência das agências reguladoras, fica claro que o processo que controle social, de participação cidadã e a supremacia que deve haver do interesse público sobre o privado fica comprometida, uma vez que empresas privadas são movidas pelas leis e interesses de mercado, inclusive o lucro.

No caso da saúde, merece destaque a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), criada pela Lei nº 9.961, de 28/01/2000.

A Lei nº 9.656/98, que regula o setor, dispendo sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, destaca-se o seu artigo 32 que dispõe sobre o ressarcimento dos planos de saúde ao SUS.

Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS

Na realidade este ressarcimento se dá apenas ao que diz respeito às Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs). Ou seja, a ANS vem regulando há anos os planos de saúde, cobrando o ressarcimento somente por procedimentos e serviços utilizados durante uma internação hospitalar, deixando de lado atendimentos e procedimentos realizados no caráter ambulatorial.

No artigo 32 da Lei nº9.656, de 1998, está instituído que o ressarcimento ao SUS é pertinente a todos os serviços prestados por este a beneficiários de planos privados de saúde por uma tabela específica de preços, Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos (TUNEP). O referido artigo não exclui nenhum tipo de atendimento que não deve ser ressarcido. No entanto, segundo Bahia (2008) a ANS deixou de calcular os gastos alusivos ao atendimento ambulatorial e medicamentos para os clientes de planos de saúde que tem sua assistência em estabelecimentos e serviços da esfera pública de saúde.

Além disso, segundo dados da ANS, desde o final de 1999 até meados de 2006, das 371.761 internações identificadas como aptas para cobrança, apenas 60.586 foram efetivamente pagas pelas seguradoras. Assim, conclui-se que o ressarcimento do SUS na prática não vem acontecendo, uma vez que além de a ANS não regular sobre os procedimentos ambulatoriais realizados aos beneficiários com cobertura privada, o que é reconhecido para o reembolso do sistema único está extremamente defasado e atrasado (Santos, 2008).

O Brasil é um país supostamente democrático e, por isso, está intrínseco a promoção da igualdade e justiça. Nesta linha, se as operadoras privadas de saúde estão enriquecendo de forma ilícita às custas de um ressarcimento que não vem ocorrendo, isto vai de encontro aos objetivos do Estado, uma vez que empresas privadas lucram custeados pela sociedade (Reis, 2003).

Percebe-se, claramente, neste caso do ressarcimento, por exemplo, a captura por parte da ANS pelo setor que a agência deveria estar regulando, deixando patente a prevalência da lógica do privado sobre a lógica do público.

3.2. Organizações Sociais

Segundo o Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), o Projeto Organizações Sociais, no âmbito do Programa Nacional de Publicização (PNP), tem como objetivo permitir a publicização de atividades no setor de prestação de serviços não-exclusivos, baseado no pressuposto de que esses serviços ganharão em qualidade. Para tal, serão otimizados mediante menor utilização de recursos, com ênfase nos resultados, de forma mais flexível e orientados para o cliente-cidadão mediante controle social (MARE, 1997). A própria Lei nº 9.637/98, estabelece no seu artigo 1º o seguinte enunciado:

O Poder Executivo poderá qualificar como organizações sociais 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, atendidos aos requisitos previstos nesta Lei.

Quando é analisada a forma de contrato de gestão que é estabelecido entre Organização Social e Estado, no quesito qualificação, as incongruências saltam aos olhos, uma vez que segundo Higa (2011) para alguém qualificar-se a receber bens públicos, móveis e imóveis, recursos orçamentários e até servidores públicos, a serem custeados pelo Estado, não necessita demonstrar habilitação técnica ou econômico-financeira de qualquer espécie. Basta a concordância do Ministro da área e do Ministro da Administração. Como ressalta Higa (2011), para travar relações contratuais simples o pretendente é obrigado a minuciosas demonstrações de aptidão, inversamente, não se faz exigência de capital mínimo nem demonstração de qualquer suficiência técnica para que um interessado receba bens, verbas e servidores públicos.

Quando lançamos olhar sobre o crescimento da participação privada na prestação de serviços, vimos que a lógica está inversa, uma vez que a esfera pública vem dando lugar em seu protagonismo. Conforme o artigo 24 da Lei nº 8080/90:

"quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde – SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada."

Desta maneira, quando a capacidade instalada pública de prestação de serviços de saúde, em determinada área for insuficiente, seriam chamados para participar, de forma complementar, a iniciativa privada com sua capacidade instalada, ou seja, com seus médicos, instalações, prédios, equipamentos, etc.

Segundo Gonçalves (1998), no âmbito do SUS, quis a Constituição Federal de 1988 e a Lei nº 8080/90, que a iniciativa privada (com ou sem fins lucrativos) ocupasse o papel de simples coadjuvante do Poder Público. Por isso, admite-se a participação de entidades privadas na prestação de serviços de saúde no âmbito do SUS e, mesmo assim, somente para, com sua capacidade instalada, complementar a atividade estatal, nunca para substituí-la completamente, como vem ocorrendo por intermédio das chamadas terceirizações (Gonçalves, 1998). Enquanto o Estado segue passando suas atividades essenciais à iniciativa privada, este usam recursos públicos como se seus fossem sem mesmo a obrigatoriedade de licitação para compra de material.

Conforme o artigo 196 da Constituição Federal, os serviços públicos de saúde, como dever do Estado, são (ou devem ser) garantidos "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" (Gonçalves, 1998). Em contrapartida, verifica-se incongruência no que diz respeito à finalidade de prestação de serviço em saúde, uma vez que o Estado se compromete com promoção, proteção e recuperação em saúde, não se pode negar que na condição de entidades de direito privado, as Organizações Sociais tenderão a assimilar características de gestão cada vez mais próximas das praticadas no setor privado, o que será refletido nos serviços que "serão otimizados mediante menor utilização de recursos, com ênfase nos resultados" (MARE. 1997).

3.3. Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

As OSCIPS surgiram com a Lei nº 9790, em 23 de março de 1999, e desde então estão configurando não só o cenário saúde, mas também estão presentes em diversas áreas de atuação que seria de responsabilidade pública.

Como afirmam Oliveira e Woltmann (2010) os objetivos estabelecidos na "Lei das OSCIP", cumprem o previsto no Plano Diretor de Reforma do Estado, garantindo a flexibilização da força de trabalho, o enxugamento do Estado e a limitação do controle social descumprindo a Constituição Federal e das Leis vigentes.

Violin ressalta "que a OSCIP deve atuar de forma distinta do Poder Público parceiro, ou seja, deve ser clara a separação entre os serviços públicos prestados pela entidade pública e as atividades desenvolvidas pela OSCIP (...) impedindo-se, assim a caracterização de uma forma ilegal de terceirização de serviços públicos. Afinal, o termo de parceria é instrumento criado para que entidades do terceiro setor recebam incentivo para atuar ao lado do ente público, de maneira distinta dele, e não para que substitua tal ente, fazendo as vezes do Poder Público" (2008).

Sobre o que foi afirmado por Violin (2008), é muito importante que não seja confundida assessoria gerencial com a incorporação da administração do serviço para um ente privado. Na referida lei das OSCIPS não é discriminado que esta entidade deve comprovar proficiência para atuação. Entre as obrigações de uma OSCIP está apresentar ao Poder Público, ao término de cada exercício, relatório sobre a execução do objeto do Termo de Parceria, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado de prestação de contas dos gastos e receitas

efetivamente realizados. Olhando por este prisma, temos uma calamidade pública **instalada** da prestação de serviços em saúde no Brasil, uma vez que fica **instalada** uma preocupação com metas e recursos sem nem mesmo referir a qualidade do serviço e a eficiência para a população.

3.4. Parcerias Público Privadas

A partir da Lei nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004, que “institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública”, foram criadas as Parcerias Público-Privadas (PPPs), de natureza jurídica contratual entre o Público e o Privado.

Como afirmam Santana e Rodrigues (2006), a motivação para a criação das PPPs foi a de que o Estado brasileiro não dispõe de recursos para grandes investimentos na área pública. Por não contar com recursos financeiros suficientes para projetos de infraestrutura tão necessários para o crescimento da economia brasileira e para os grandes projetos e investimentos na área social, as PPPs seriam usadas como ferramenta poderosa para mobilizar a iniciativa privada em parceria com o Estado a fim de tocarem as obras. Desta forma, a problemática não está na afirmação de parcerias para a construção de obras públicas com o discurso de o Estado não dispor de verbas, se quando olhamos mais a frente, vemos a iniciativa privada administrando serviços de saúde, por exemplo, com garantia de lucro, com ou não a qualidade da prestação assegurada. Fica aparente e confirmada a incongruência a respeito da falta de recursos quando no artigo 8º da Lei das PPPs: “para a concessão de garantias (...) fica a união autorizada a integralizar recursos (...) em fundos fiduciários de incentivo às parcerias público-privadas criadas por instituições financeiras públicas”.

Ainda como destacam Santana e Rodrigues (2006) os setores onde o governo pretende que as PPPs invistam, normalmente são os mesmo que não são atrativos para o setor privado, assim, com a aplicação da Lei nº 11.079, de 2004, o Estado transforma certos serviços públicos em mercadoria atrativa e lucrativa para o mercado, de forma a tornar um nicho do capitalismo sem lucro, uma vez que o público se coloca como parceiro para arcar com dívidas e garantir o lucro de seus “parceiros”. Desta maneira, pode-se concluir que assim como as outras figuras, as PPPs, por mais que se assemelhem apenas a contratos de parceria, na verdade estão, como qualquer entidade privada, mais interessadas em garantir lucro do que em garantir acesso, por exemplo, nas áreas sociais.

3.5. Consórcios Públicos

Os consórcios já existiam até a Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, no entanto, segundo Viana (2008) eram vistos como acordos de cooperação que tendem a funcionar e se bem intencionados criam possibilidades para municípios e estados com recursos escassos para enfrentar conjuntamente empreendimentos de infraestrutura, maquinário e pessoal que são necessários para suas populações, porém muito dispendiosos (Borges, 2006).

Com a justificativa de que a ausência de personalidade jurídica dificultava a execução das metas propostas aos consórcios, foram surgindo diversos consórcios com personalidade jurídica de direito privado. Esta prática se confirmou com o parágrafo 1º, do artigo 1º, da Lei nº 11.107/05 que garantia a coexistência da possibilidade de um consórcio assumir as duas ambíguas personalidades jurídicas, conforme segue: o consórcio público constituirá associação pública ou pessoa jurídica de direito privado.

Uma vez que não é possível delegar atividades típicas da Administração Pública para entes privados, a Emenda Constitucional nº 19/98 determina que entre os entes federativos e os consórcios, associa-se a gestão dos serviços públicos além da transferência de encargo, serviços, recursos humanos, e bens que são cruciais para a continuidade dos serviços (Viana, 2008).

As incongruências seguem quando observamos as possíveis atribuições: poderão promover desapropriações e instituir servidões nos termos de declaração de utilidade ou necessidade pública, ou interesse social, realizada pelo Poder Público; poderão ser contratados pela administração direta ou indireta dos entes da Federação consorciados, dispensada a licitação; poderão emitir documentos de cobrança e exercer atividades de arrecadação de tarifas e outros preços públicos pela prestação de serviços ou pelo uso ou outorga de uso de bens públicos por eles administrados; poderão outorgar concessão, permissão ou autorização de obras ou serviços públicos (Viana, 2008).

Pelos estados e municípios, os serviços de saúde passam a ser comercializados, além disso, a facilidade de arranjos políticos se destaca face à possibilidade de transferências de verbas e acordos de prestação e gestão. O principal objetivo de um consórcio, que seria otimizar a prestação de serviços em benefício da população em pequenos municípios, por exemplo, em alguns casos, corre o risco de perder seu papel protagonista.

3.6. “Fundações Estatais” (Fundações Públicas de Direito Privado)

O Projeto de Lei nº 92 de 2007 é apresentado ao Congresso Nacional para regulamentar o inciso XIX do art. 37 da CF. Este projeto vem para definir a área de atuação das fundações públicas de direito público e privado, sendo que as fundações de direito privado só poderão desempenhar atividade estatal que não seja exclusiva do Estado. A questão alarmante é que saúde, posta como atividade não exclusiva do Estado, como mascarou Bresser em seu Plano (o PDRAE) poderia ser delegada a fundações de direito privado.

O que se deve ter em mente é que entre os objetivos da administração de corte gerencial estão a flexibilidade dos princípios fundamentais e o fim das carreiras de estado. Neste ponto, há de se atentar para que quando a saúde deve obedecer princípios fundamentais que foram garantidos na Constituição Federal e os mesmos passam para a administração indireta de direito privado e estas pela lógica obedecem as regras de mercado, a garantia ao acesso e a qualidade que os cidadãos terão à saúde estão comprometidos.

Além disso, como salienta Granemann (2007), de acordo com a Constituição Federal e Lei nº8.080/90, o Estado tem a obrigação de prestar serviços de saúde diretamente. Além disso, deve ser usada a supremacia do poder público sobre o privado para garantir serviços como saúde pública, desta forma, os contratos de gestão devem haver apenas com entidades de direito público

Granemann (2007) ainda enfatiza que é necessário refletir acerca das chamadas “áreas não exclusivas do Estado”, dentre elas a saúde. Neste setor, é garantido pela Constituição Federal que serviços privados poderão prestar serviços de forma complementar e não substitutiva onde os serviços públicos já estão presentes como nos Hospitais Universitários, por exemplo.

3.7. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

A Lei Federal nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, que cria a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) para prestação de serviços de assistência médico-hospitalar e laboratorial integralmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) logo em seu artigo 1º deixa claro sua personalidade jurídica de direito privado. Desta forma, a transformação do hospital público em empresa ocasionará mudanças em seu modo de operação (Andreazzi, 2013). Incentivos ligados à busca de retorno financeiro em todas as atividades do hospital deverão ser implementados, seja por meio

de busca mais agressiva ao mercado como fonte de financiamento, seja com controles mais rigorosos de custos operacionais.

Na Medida Provisória nº 520, de 2010, que originou a criação da EBSEHR fica claro que o governo repassa sua atividade para uma empresa de direito privado, por isto deve-se destacar o artigo 5º da mesma, onde deixa claro que esta empresa seguirá o regime trabalhista jurídico de empresas privadas. É necessário um olhar crítico, uma vez que a EBSEHR presta serviços à comunidade do SUS, os prestadores de serviços, profissionais que devem ter uma ligação de humanização com a população, podem ter este laço rompido facilmente, quebrando o elo de continuidade que o conceito de carreira garante. Este fato fica mascarado sob a ótica de concursos públicos, uma vez que não é explícito na Lei nº 12.550 a forma de regime a ser cumprido.

Considerações Finais

É intrínseco à vida humana que saúde é algo fundamental e essencial. Desta forma, reconhecido pelo Estado e como um feito da sociedade, foi firmado na Constituição Federal de 1988 que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, prestando serviços de maneira universal e igualitária, a fim de que todas as pessoas neste presente país tivessem acesso ao mesmo tipo de serviço, independentemente de sua condição sócio cultural, podendo ter as mesmas oportunidades de promover ou recuperar sua saúde.

De forma a garantir este acesso, está assegurado também constitucionalmente que a atividade privada poderia atuar na prestação de saúde, de forma complementar e de acordo com as normas e diretrizes do SUS, uma vez que a esfera pública fosse insuficiente à demanda. Esta lógica foi negada, a partir do processo de reforma gerencial que se deu no Brasil e principalmente a partir do ano de 1995 com o lançamento do Plano Diretor da Reforma Gerencial do Aparelho do Estado, onde a saúde, entre outros serviços foi dita como um serviço a ser prestado à população de forma não exclusiva do Estado. Consequente a essa corrente de pensamentos e em consonância, uma reforma institucional colocou em cheque os direitos da população e o real funcionamento de um sistema de saúde universal, baseado na participação da comunidade e com único e exclusivo objetivo de ser efetivo em relação à saúde da população, sem visar o ganho financeiro em detrimento da qualidade dos serviços.

A partir do Decreto-Lei nº200/67 e da Emenda Constitucional nº19/98 e propondo um olhar crítico acerca dos entes administrativos cunhados e enraizados no

serviço de saúde brasileiro, pode-se considerar que as inconstitucionalidades estão densamente presentes, causando um desmonte do SUS, uma vez que põe fim às características essenciais e vitais de estabilidade do servidor público desta área, da supremacia que o público deveria ter sobre o privado e principalmente sobre o olhar direcionado pelos princípios e diretrizes do SUS, além da preocupação com metas acerca de redução de custos. As fundações públicas de direito privado, as Organizações Sociais (OSs), as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), as Parcerias Público-Privadas (PPPs), os Consórcios Públicos (sobretudo quando criados sobre a personalidade jurídica de direito privado) e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) são exemplos claros de transferência da responsabilidade estatal ao terceiro setor e/ou da subserviência da lógica do público à lógica do privado. Além disso, a atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vem sendo de alguma forma inadimplente para com a população, pois age de forma velada sobre determinadas ações do serviço ao qual regula.

Essas práticas vêm afirmando que saúde em nosso país, no contexto atual tem sido um ótimo nicho de mercado, deixando em segundo plano as demandas populacionais. E mais, é clara a afirmação do PDRAE quando vemos serviços de saúde empregando verbas públicas, em parcerias extremamente flexíveis, com dispensa de licitação, sem garantia de proficiência para assumir atuação no campo, além de cada vez menos espaço ao controle social evidenciando o crescente enxugamento do Estado.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Elizabeth Nogueira; ANDRADE, Edson de Oliveira. **O SUS e o direito à saúde do brasileiro: leitura de seus princípios, com ênfase na universalidade da cobertura.** Revista Bioética 2010; 18 (1): 61 – 74.

ANDREAZZI, Maria de Fatima Siliansky. - **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: Inconsistências à Luz da Reforma do Estado** - Rev. bras. educ. med. vol.37 no.2 Rio de Janeiro abr./jun. 2013

AROUCA, Sergio. Fundação Osvaldo Cruz. Biblioteca Virtual: Reforma Sanitária, 1998. Disponível em: <<http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista06.html>>. Acesso em 3 de julho de 2013

BAHIA, Lígia. **As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(5):1385-1397, 2008

BORBA E. **Programa de ação do governo – setor saúde.** s.n.t. 65p. Documento elaborado pelo escritório técnico do Presidente Tancredo Neves.

BORGES, Alice Gonzalez. **Consórcios Públicos, Nova Sistemática e Controle.** *Revista Eletrônica de Direito Administrativo Econômico*, Salvador, Instituto de Direito Público da Bahia, nº. 6, mai/jun/jul de 2006. Disponível na Internet: <<http://www.direitodoestado.com.br>>. Acesso em: 11 de outubro de 2013

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988. Disponível em < <http://www.senado.gov.br/legislacao/const/>> Acesso em 20 de setembro de 2013.

BRASIL. Decreto-lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em 15 de dezembro de 2013.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 19, de 04 de junho de 1998. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc19.htm>. Acesso em 15 de agosto de 2013.

BRASIL. Lei n.8.080, de 19 de setembro, 1990. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm> Acesso em 20 de setembro de 2013.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm>. Acesso em 05 de dezembro de 2013.

BRASIL. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9637.htm>. Acesso em 22 de novembro de 2013.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id_original=455>. Acesso em 22 de setembro de 2013.

BRASIL. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id_original>. Acesso em 22 de setembro de 2013.

BRASIL. 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>. Acesso em 19 de novembro de 2013.

BRASIL. Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005.. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11107.htm>. Acesso em 19 de novembro de 2013.

BRASIL. Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011 . Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm>. Acesso em 05 de dezembro de 2013.

BRASIL. MARE. O Conselho de Reforma do Estado. Brasília: MARE, 1997.

BRASIL. MARE. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília: MARE, 1995. Disponível em: <http://www.presidencia.gov.br/publi_04/COLECAO/DESPED.HTM>. Acesso em 15 de agosto de 2013.

BRASIL. Medida Provisória nº 520, de 31 de dezembro de 2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Mpv/520.htm>. Acesso em 06 de dezembro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **O impacto da regulamentação no setor de saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde: princípios e conquistas. Brasília: Ministérios da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS – Doutrinas e Princípios**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Projeto de Lei nº 92 de 2007. Disponível em: <
<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=360082>>.
Acesso em 05 de dezembro de 2013.

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. **Assistência à saúde numa sociedade democrática Saúde**. Deb. (17):1, 1985.

Conferência Nacional de Saúde, 8º, Brasília, 1986. Anais. Brasília, Centro de Documentos do Ministério da Saúde, 1987 p.381-91.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **A construção do sus e os processos de privatização**. Anais da 64ª Reunião Anual da SBPC – São Luís, MA – Julho/2012.

COSTA, Alexandre Bernardino. [et al](organizadores). **Direito achado na rua: Introdução crítica ao direito à saúde** – Brasília, UnB, 2009

DASSO JUNIOR, Aragon Érico. **A privatização da saúde no Brasil: uma análise da (des)construção do Sistema Único de Saúde (1988-2010)**. XXXIII Convegno Internazionale di Americanistica – Perugia 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 9 maggio 2011.

DASSO JUNIOR, Aragon Érico. **Reforma do estado com participação cidadã? Déficit democrático das agências reguladoras brasileiras**. Tese de doutorado, 2006.

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta da saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998; 208p.

GONÇALVES, Wagner. **Parecer sobre Terceirização e Parcerias na Saúde Pública**. 1998

GRANEMANN, Sara. **Modelos de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde**. UERJ/ Faculdade de Serviço Social - Projeto Políticas Públicas de Saúde. 2007.

HIGA, Alberto Shinji. **A ADI 1.923-DF e os limites do fomento público ao terceiro setor à luz da Constituição da República**. Jus Navigandi, Teresina, ano 16, n. 2848, 19 abr. 2011. Disponível em: <<http://jus.uol.com.br/revista/texto/18937>>. Acesso em: 19 novembro de 2013.

BATISTA JÚNIOR, Francisco. **Gestão do SUS: O que fazer?** Ministério da Saúde - Conselho Nacional de Saúde, 2009.

NORONHA, José Carvalho e SOARES, Laura Tavares. **Crítica ao Neoliberalismo**. Ciência & Saúde Coletiva, 6(2):445-450, 2001.

OLIVEIRA, Gabriela Abreu; WOLTMANN, Eduardo; DASSO JUNIOR, Aragon Érico (orientador). **As organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIPS) e a privatização da saúde no Brasil: o caso do município de Tangará da Serra**. XI Salão de Iniciação Científica – PUCRS, 09 a 12 de agosto de 2010.

OLIVEIRA, Gustavo Henrique Justino de. **Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público: termo de parceria e licitação**. Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado, Salvador, Instituto de Direito Público da Bahia, nº. 2, junho/julho/agosto, 2005. Disponível na Internet: <<http://www.direitodoestado.com.br>>. Acesso em: 15 de setembro de 2013.

REIS, Otavia Míriam Lima Santiago. **O ressarcimento ao sus pelas Operadoras de planos de saúde: uma abordagem acerca do fundamento jurídico da cobrança.** Departamento de Direito Universidade Federal de Viçosa, 2003

SANTANA, Gilson Dantas e RODRIGUES, Hélio Souza Junior. **As Parcerias Público-Privadas: Solução ou Problema?** Prismas: Dir., Pol. Pub. e Mundial., Brasília, v. 3, n. 1, p. 148-181, jan./jun. 2006.

SANTOS, Isabela Soare; UGÁ, Maria Alicia Dominguez; PORTO, Silvia Marta. **O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, 13(5):1431-1440, 2008

SCLIAR, Moacir. **História do conceito de saúde.** Physis: Rev de Saúde Coletiva 2007;17(1): 29-41.

SILVA, M. A. M. **A incongruência do direito à saúde no brasil: da teoria socialista à prática capitalista.** Rev. Ciên. Jur. e Soc. da UNIPAR. Umuarama. v. 11, n. 1, p. 209-222, jan./jun. 2008.

SOUZA, Georgia Costa Araújo e COSTA, Iris Céu Clara. **O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças.** Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.3, p.509-517, 2010.

VIANA, Ana Luiza D'Avila; LIMA, Luciana Dias; OLIVEIRA, Roberta Gondim. **Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto: lições do caso brasileiro.** *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n.3, p. 493-507, 2002.

VIANA, Priscila Ramos Netto. **A duplicidade de regimes jurídicos dos consórcios públicos em sua legislação reguladora e a sua incompatibilidade em face do sistema jurídico vigente.** 2008.

VIOLIN, Tarso Cabral. **Estado, Ordem Social e Privatização – As terceirizações ilícitas da Administração Pública por meio das Organizações Sociais, OSCIPs e Demais Entidades do Terceiro Setor,** 2008.

