

Parcerias Público-Privadas e Terceirizações na área da Saúde no Brasil: Um balanço crítico.

Fábio Cegatti*; Áquilas Nogueira Mendes**.

* Especializando em Economia e Gestão em Saúde pela Universidade de São Paulo (USP).

** Prof. Dr. Livre-Docente de Economia Política da Saúde da FSP/USP.

RESUMO

Este estudo tem por objetivo geral realizar o levantamento bibliográfico referente as abordagens dos autores sobre as parcerias público-privadas e terceirização na área da saúde no Brasil. Trata-se de uma revisão narrativa e utilizou como critério de inclusão a disponibilidade dos artigos, publicações em língua portuguesa e relevância com os objetivos desta pesquisa. Foi efetuada busca sistematizada na plataforma <http://bvsalud.org/> - Portal regional da BVS, e aplicada a técnica de funil, combinando vários descritores utilizando os operadores Booleanos, que partiram dos itens chaves: “Parcerias público privadas e terceirizações” e “área da saúde” obtendo 29 trabalhos na sintaxe final. O conteúdo deste trabalho destina-se a analisar qualitativamente as opiniões e reflexões encontradas relativas as parcerias público-privadas e terceirizações na área da saúde do qual a literatura nos apresentou diante da atual conjuntura neoliberal e seus reflexos para o sistema de saúde, para os trabalhadores e nas práticas sociais em saúde.

Descritores: parceria público-privada; serviços terceirizados; privatização; organização social; sistema único de saúde.

Introdução

Em meados de 1948, se teve um avanço quanto a produção do processo saúde/doença, quando foi ampliado pela Organização Mundial da Saúde o conceito de saúde como um completo bem-estar físico, mental e social e não apenas como ausência de distúrbio e doenças. Essa concepção, foi acolhida pela Constituição de 1988 sob dupla perspectiva: a individual em decorrência da busca de ausência de doença e a coletiva que visa a promoção da saúde em comunidade, no qual o artigo 196 da Constituição Federal da República de 1988, reconheceu a essência e o papel fundamental do Estado na garantia de execução de políticas públicas e desta forma preservando o direito à saúde¹⁴.

Porém o artigo 199 da Constituição da República de 1988, contradiz o artigo 196, à medida que deixa livre a participação da iniciativa privada de maneira complementar.

Em concordância com artigo 199 da Constituição da República, o artigo 24 da lei orgânica da saúde, lei nº 8.080/90 diz⁵:

“Art.24. 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.”

Destacamos o artigo 2º da portaria do Ministério da Saúde Nº 1.034/10 no qual também regulamenta a participação do setor privado no público⁶:

“Art. 2º Quando as disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o gestor estadual ou municipal poderá complementar a oferta com serviços privados de assistência à saúde, desde que:
I – comprovada a necessidade de complementação dos serviços públicos de saúde e,
II – haja impossibilidade de ampliação dos serviços públicos de saúde.”

O terceiro setor também pode ser entendido como sendo um segmento social

difuso que atua entre Estado e o mercado e reúne um grande número de organizações de natureza jurídica privada e sem fins lucrativos. A lei nº 9.790, publicada no DOU de 24/03/99, que dispõe da qualificação de pessoas jurídicas, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), institui e disciplina o termo de parceria, dentre outras providências¹⁰.

As parcerias público-privadas fazem referência a algum tipo de relação entre “iguais”, pautado em contratos de gestão com prazos e responsabilidades mútuas, devendo ser respeitados por ambos. Importante ressaltar que não se trata de uma relação de contratação meramente comercial, como a terceirização, nem de transferência completa de patrimônios e responsabilidades, como na privatização, sendo em geral não criados nas partes envolvidas nenhuma relação de lucratividade, sendo mais comum trocas de experiência ou de execução de atividades com base em metas e resultados¹².

A simbiose público/privada existe desde os primórdios da assistência médica previdenciária – Instituto Nacional de Previdência Social, 1967 e reforçada com a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS, 1974). Desde então, essa parceria foi aprofundada porque a política do governo, em período da ditadura civil-militar, priorizou a presença do setor privado para atender as demandas decorrente da incorporação de trabalhadores formais e autônomos que contribuíssem para o INPS⁸. Afirma-se também que mesmo com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), fruto da vitória dos movimentos sociais de apoio à Reforma Sanitária, nunca foi cogitado sua completa estatização para garantir a oferta de serviços de saúde, sendo que à partir dos anos 90 com o fortalecimento do pensamento neoliberal, levantou-se a questão de não garantir a oferta de saúde baseada em equipamentos próprios e a opção em ampliar preferencialmente os equipamentos de saúde do setor privado e a desconstrução da ideia de que bem público deveria ser produto de ação direta do Estado⁷.

As conquistas sociais dos brasileiros, dentre elas o SUS que expressa a política universal da saúde ocorreram tardiamente, já dentro de um contexto histórico de demolição, considerando a direção do estado já para o Estado neoliberal em curso⁴.

Esses dois projetos contraditórios têm grandes repercussões no que diz respeito às políticas sociais, sendo que o projeto de reforma sanitária tem como uma de suas estratégias o SUS e como diretriz a democratização do acesso, a universalidade das ações, descentralização, a melhoria dos serviços assegurando a saúde como direito de todos e dever do Estado. Em relação ao projeto privatista pautado na redução da participação do Estado, tem como estratégia as parcerias com a sociedade, responsabilizando-a a assumir os custos da crise, com concepções individualistas e fragmentadas⁸.

A reforma do Estado desencadeada por Bresser Pereira nos anos de 1994/1995, deve ser entendida dentro do contexto da redefinição de seu papel, que deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via de produção de bens e serviços, para fortalecer na função de promover e regular esse desenvolvimento¹⁵.

No final da década de 1990, o Relatório do Banco Mundial defendia que com a globalização econômica o Estado necessitava ser diferente e pregava sua baixa efetividade na promoção do desenvolvimento, ou seja, o papel central do Estado não seria de alavancar o desenvolvimento social e econômico, mas sim de catalisador e facilitador desse desenvolvimento². Ainda de acordo com o Banco Mundial, as parcerias em saúde tornam um mecanismo chave para implantação das políticas de saúde diante da ordem econômica global e neoliberal. Neste sentido o termo “PPP” (Parceria Público-Privada) é usado de maneira ampla como um ‘guarda-chuva’ envolvendo diferentes relações entre o público e o privado.

Muitos autores não fazem distinção entre o termo e outros restringem a parceiros privados-lucrativos como critério diferenciador das PPPs (Parcerias Público-Privadas)².

Na mesma linha de pensamento, Augusto de Franco⁹ argumenta que o Estado já não é mais suficiente para enfrentar as situações complexas e ou caóticas, tornando-se necessário um novo paradigma, o surgimento do terceiro setor. Isso significa que a própria sociedade, através de seus governantes, está descobrindo limites e com isso, busca a superação dos desafios impostos através de novas explicações/concepções⁹.

Segundo Barbosa e Malik (2015)¹⁶, o desenvolvimento da parceria público/privada, representa uma oportunidade especial de melhoria da assistência à saúde com investimentos em novas estruturas que venham suprir as deficiências crônicas do setor, mas, esclarece que para resolver os entraves destes projetos, é necessário conhecimento sobre as necessidades do sistema de saúde, objetivos e interesses do setor privado, interação com agentes públicos e de controle social e capacidade de comunicação e diálogo.

O SUS sofre um processo de desmonte e sucateamento diante dos modelos e projetos neoliberais e seu intenso processo de privatização e dos processos de precarização do trabalho¹⁹.

A própria ideia de parceria público-privada cria facilidades para entrada do capital privado, compromete a própria essência do serviço público, favorece um tipo de política pública que distancia-se do princípio universal e aproxima da estratégia focal e finalmente representa a mercantilização dos serviços públicos viabilizando os interesses do capital financeiro¹.

Além disso, verifica a permissão do Estado à apropriação do fundo público pelo capital, e dentro do contexto contemporâneo, sob o domínio do capital financeiro, assistimos a concessão de incentivos à iniciativa privada, como o aumento das renúncias fiscais, decorrentes da dedução dos gastos com planos de saúde no imposto de renda e das concessões fiscais às entidades privadas sem fins lucrativos, enfraquecendo a capacidade de arrecadação do Estado e prejudicando o financiamento do SUS⁴⁵.

Percebe-se que a relação entre o público e o privado está cada vez mais

entrelaçada, levando a uma estratificação complexa na oferta e na utilização dos serviços de saúde, pois essas características travam a plena implementação de políticas universais na saúde⁴.

No plano das relações com o Estado, as Organizações Sociais de Saúde (OSS) têm se beneficiado das brechas e facilidades concedidas pela lei e apresentado uma notável expansão. As OSS materializam a tendência crescente da privatização ativa, quando o Estado estimula a formação de um mercado interno na saúde, ampliando as modalidades de transferências do fundo público para o setor privado e na garantia de instrumentos legais para a operacionalização deste modelo dentro de um contexto em que a lógica mercantil vem se tornando o elemento definidor da política nacional de saúde¹⁷.

Torna-se importante destacar que o caráter de não lucratividade dessas entidades não pode esconder seus interesses econômicos, através das isenções de impostos e outros subsídios estatais, bem como a possibilidade de remunerar com altos salários seu corpo diretivo.

A terceirização dos serviços de saúde desenvolvido pelo setor privado somente pode ocorrer em atividades complementares, como decidiu o Supremo Tribunal Federal; o ponto de criticidade deste quadro administrativo surge da falha de gestão de governança em traçar metas (eficiência) e resultados (efetividade)²⁰.

Diante desse cenário, atualmente acompanhamos um forte debate em torno das chamadas “parcerias público-privada” e “terceirização” dos serviços públicos de saúde. Esse debate despertou nosso interesse em realizar uma revisão bibliográfica tendo o seguinte questionamento: O que existe na literatura sobre as reflexões referentes às parcerias público-privadas e terceirizações na área da saúde no Brasil?

Conforme exposto, compreendemos que as crescentes privatizações, terceirizações e parcerias na área da saúde, são ameaçadoras para o SUS, estimando que esses valores são de interesses particulares, e, com isso, resultam em consequências negativas para o sistema de saúde, trabalhadores e nas práticas sociais de saúde.

Objetivos

O objetivo geral é realizar o levantamento bibliográfico referente às parcerias público-privadas e terceirizações na área da saúde no Brasil e especificamente:

- Descrever e analisar os reflexos para o sistema de saúde no Brasil diante da conjuntura neoliberal.

- Descrever as reflexões dos autores referentes as parcerias e terceirizações na área da saúde no Brasil.

- Descrever, analisar e relacionar as PPPs e terceirizações na área da saúde com problemas e consequências para o trabalhador.

- Descrever, analisar as PPPs e terceirizações em relação ao impacto nas práticas sociais em saúde.

Metodologia

O presente estudo trata-se de uma revisão narrativa, com detalhamento nas reflexões dos autores referentes às parcerias público-privadas e terceirizações na saúde, buscado de forma sistematizada na plataforma <http://bvsalud.org/> - Portal regional da BVS.

Foi elaborada a seguinte pergunta de pesquisa: O que existe na literatura sobre as reflexões referentes às parcerias público-privadas e terceirizações na área da saúde no Brasil?

Os Descritores em Ciência da Saúde foram derivados dos seguintes itens chaves: “parcerias público-privadas”; “terceirizações” e “área da saúde”. Inicialmente foram digitados individualmente na busca avançada do banco de dados da BIREME e indexados, nos quais estão descritos e contabilizados na tabela abaixo, com pesquisa realizada no período de 01 a 31 de outubro de 2018.

Derivou-se dos item-chave “parcerias público-privadas” e do item “terceirizações” os seguintes descritores: ‘parcerias em saúde’, “parceria público-privada”,

“serviços terceirizados”, “privatização”, “mercantilização” e “organização social”.

Foram utilizados os operadores Booleanos “AND” e (“OR” X “AND”) para estabelecermos a técnica do funil e filtrarmos os artigos de nosso interesse.

Posteriormente, foram avaliados os títulos e incluídos de acordo com os propósitos desta pesquisa, ou seja, título que retratasse claramente as parcerias público-privadas ou terceirizações ou privatizações ou organizações sociais obtendo um total de 100 publicações. Notou-se que 53 publicações eram repetidas, restando 47. Posteriormente, foi efetuada a leitura dos resumos, objetivos e de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, obtivemos 29 trabalhos na sintaxe final.

Consideramos como critério de inclusão as publicações em língua portuguesa, disponibilidade dos resumos dos trabalhos, leitura dos resumos e relevância com os objetivos desta pesquisa.

Foram excluídos os artigos com foco na saúde suplementar; publicações em língua estrangeira; não especificidade com a área da saúde; e os artigos que não dispunham de resumos ou a indisponibilidade do artigo na íntegra para leitura. Também foram excluídos os artigos cujo o assunto foi a “privatização da saúde não focado nas parcerias público-privadas ou nas terceirizações, por entendermos que são conceitos diferentes, ou seja, juridicamente falando as privatizações envolvem alienação de ativos e bens públicos e as parcerias devem ser entendidas como uma espécie de concessão.

Discussão

De acordo com os resultados dessa revisão foi possível perceber que há uma variada forma de apropriação da temática pela produção científica.

Quadro 1. Publicações incluídas e seus respectivos resumos.

AUTOR(ES)	TÍTULO	RESUMO
Ribeiro, Glaucia Maria de Araújo.	O Sistema Único de Saúde ante as perspectivas da terceirização administrativa	“O estudo extrai da utilização de análise historiográfica e documental, lei no sentido amplo, livros, artigos científicos, revistas científicas, resenhas, relatórios de gestão e de governança, estudos jurisprudenciais de decisões judiciais, bem como bibliotecas virtuais e bancos de dados, sobre o momento socioeconômico e histórico que influenciou a criação do Sistema Único de Saúde, montando um verdadeiro quebra-cabeça dos pontos positivos e negativos da delegação/terceirização da prestação de serviços públicos de saúde.”
Melo, Marcelo Paula de; Lessa, Simone Eliza do Carmo.	Políticas de saúde, neoliberalismo e o crescimento do chamado terceiro setor: uma análise das FASFIL do campo da saúde no Censo IBGE 2005	“Considerando ser uma das expressões do projeto neoliberal de sociedade, expresso em projetos de reforma do Estado em diversos países, vislumbrado em documentos de organismos internacionais e intelectuais orgânicos das classes dominantes como forma de atuação estatal compatível com novos tempos, esse texto abordará expansão de entidades (supostamente) sem fins de lucro no Brasil, reconhecendo a presença do chamado Terceiro Setor renomeado como FASFIL nos Censos do IBGE. Nosso foco estará nas FASFILS do campo da saúde, apresentamos reflexão quali-quantitativa sobre os impactos desta experiência em franca expansão. Os desdobramentos dessas formas contemporâneas de privatização da ação estatal para as políticas sociais poderão ser apreendidos a partir da análise dessas entidades.”
Lara, Lutiane de; Bernardes, Anita Guazzelli; Guareschi, Neuza Maria de Fátima	REFORMA SANITÁRIA E A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE EM UM CONTEXTO BIOPOLÍTICO DE GARANTIA DE DIREITOS	“Este artigo reflete sobre os jogos entre garantias de direitos e Reforma Sanitária no contexto da privatização na saúde. Para tanto, empreende-se uma análise das relações que se estabelecem entre Estado, direito e economia para compreender os processos de privatização da saúde experimentados no Brasil nas últimas décadas. As ferramentas conceituais inspiram-se nas discussões foucaultianas sobre formas de governo da vida. Parte-se do entendimento de que o investimento da Reforma Sanitária é voltado para um Estado em que as políticas sociais não subsomem as políticas econômicas. Considera-se, a partir disso, que o direito migra do espaço da política para o espaço do consumo, de modo a tornar alguns dos princípios da Reforma Sanitária, como a universalidade de acesso, em universalidade de acesso ao consumo. A racionalidade da economia política, no neoliberalismo, permite que a política social, tal qual aquela elaborada pela Reforma Sanitária, se torne uma política econômica social.”
Feitosa, Raquel Libório; Montenegro, Adauto de Vasconcelos	Considerações sobre terceirização e precarização do trabalho no contexto brasileiro: uma revisão	“O presente artigo objetiva discutir os seguintes questionamentos: o que esperar para a realidade brasileira confrontada à possível mudança de legislação que amplia e aprofunda a terceirização? O que extrair de uma reflexão baseada em alguns elementos das ditas “sociedades salariais”? No que concerne ao delineamento metodológico do estudo, foi realizada uma revisão de literatura para subsidiar a discussão apresentada no objetivo do artigo. Foram considerados, prioritariamente, textos científicos publicados de 2005 até 2015 em bases de dados brasileiras.
Albuquerque, Maria do Socorro Veloso; Morais, Heloísa Maria Mendonça de; Lima, Luci Praciano..	Contratualização em saúde: arena de disputa entre interesses públicos e privados.	“A pesquisa analisou, no período de 2001-2008, a composição público-privada na rede municipal de saúde e aspectos do processo de contratualização dos serviços. O método de investigação foi o estudo de caso com pesquisa documental e entrevistas. Os sujeitos entrevistados foram ex-secretários de saúde, diretores da regulação e gerentes distritais. As categorias de análise utilizadas foram fundo público, redes de atenção e controle público. Os resultados demonstraram que a contratualização se restringiu a unidades filantrópicas. Em relação aos demais estabelecimentos privados vinculados à rede pública constatou-se o não cumprimento de aspectos programáticos, tais como a regulamentação dos processos licitatórios necessários para a contratualização. As instâncias gestoras não atuaram na direção de fortalecer os serviços públicos estatais, tampouco na formação de redes de atenção. Os estabelecimentos contratualizados desenvolveram suas atividades sem os efetivos mecanismos de controle, externo e interno, imprescindíveis ao uso adequado dos recursos que são públicos. As autoras concluem que a contratualização não alterou, significativamente, o padrão de compra e venda de serviços, não se constituindo, de fato, em um processo fortalecedor do papel da esfera pública.”
Campos, Celia Maria Sivalli; Viana, Nildo; Soares, Cassia Baldini.	Mudanças no capitalismo contemporâneo e seu impacto sobre as políticas estatais: o sus em debate.	“O objeto deste ensaio é o Sistema Único de Saúde (SUS) compreendido como política estatal de saúde que atravessou, logo nos seus nascedouros, o forte desmonte neoliberal. O texto está dividido em duas partes: na primeira é apresentada a discussão sobre os conceitos de crise, regime de acumulação e análise da situação atual desse regime. Também são sintetizadas as principais características das mudanças mais recentes, mostrando as dificuldades crescentes na acumulação de capital e a tentativa de solução no âmbito das políticas neoliberais, bem como a ressonância desse processo no Brasil. Na segunda parte, partindo-se do pressuposto de que as políticas estatais de saúde são formuladas para sustentar e viabilizar o processo de produção em saúde, é apresentado o conceito de políticas estatais. Em seguida, a discussão centra-se nos impactos da crise sobre as políticas de saúde. Salienta-se que os princípios fundamentais do SUS de universalidade e igualdade foram os mais atingidos pelas políticas neoliberais e se discute algumas repercussões na atenção básica. Chama-se atenção também para o fato de as instituições governamentais engendram ações de natureza moral, não essenciais, que funcionam como mecanismos de mascaramento dos processos de privatização da saúde. Esboçam-se também alguns dos desafios postos aos que opõem resistência ao desmantelamento do SUS”
Scheffer, Mário.	O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro.	Na leitura do artigo, retrata as dificuldades impostas pelo capital ao SUS e fez menção a privatização e parcerias público-privadas.

<p>Contreiras, Henrique; Matta, Gustavo Corrêa.</p>	<p>Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil: caracterização e análise da regulação</p>	<p>“Este trabalho caracteriza e discute a privatização da gestão do sistema municipal de saúde na cidade de São Paulo, Brasil, com base em uma perspectiva administrativista e política. A metodologia consistiu em levantamento bibliográfico e análise de legislação e documentos públicos. A pesquisa demonstrou que embora a lei de Organizações Sociais (OS) seja de 2006, metade da privatização da gestão ainda é regulada por um ajuste provisório anterior, o convênio. Em 2011, 61% dos serviços eram geridos por entidades privadas que, em 2012, receberam 44% do orçamento da saúde. As vinte entidades envolvidas incluem cinco dos dez maiores grupos privados de serviços médicos do país. Órgãos fiscalizadores evidenciam falhas de controle nos contratos de gestão, mas os convênios, que apresentam controle mais frágil, têm sido invisíveis à fiscalização. Por fim, o marco legal é instável. Valendo-se da experiência paulistana, discute-se o caráter político vs. técnico da regulação da gestão privada no Sistema Único de Saúde (SUS).”</p>
<p>Araújo, Isabelle Maria Mendes de.</p>	<p>Direito à saúde: aspectos do modelo neodesenvolvimentista brasileiro e da privatização da saúde</p>	<p>“Objetiva-se neste artigo debater sobre algumas correntes teóricas que analisam o chamado modelo neodesenvolvimentista brasileiro. Neste contexto, pretendemos abordar a questão da saúde e seu processo de privatização no país, compreendendo a relação público-privada do financiamento da saúde e seus novos modelos de gestão. Para tal, realizaremos uma revisão crítica da literatura sobre tais temáticas, apresentando possíveis sínteses para compreensão do quadro atual da saúde brasileira. Nessa direção, tratar a saúde como direito nas sociedades capitalistas é uma tarefa que envolve diversos atores e também o que historicamente foi construído em torno da apropriação privada da saúde e seus setores dominantes. Constatamos a transferência de recursos públicos para o incentivo do setor privado da saúde antes e depois do SUS, além da transferência, nos últimos anos, da administração pública ao setor privado. Observamos que a herança neoliberal da década de 1990 criou as bases para o atual modelo econômico, atingindo de forma compensatória e limitada as classes populares, bem como as raízes da seguridade social – na qual a saúde é uma das faces atingidas pelas contradições do sistema, sendo ferido, pois, o direito à saúde.”</p>
<p>Castro, Ana Luisa Barros de.</p>	<p>Atenção primária e relações público-privadas no sistema de saúde do Brasil.</p>	<p>“Este estudo analisou a política e a configuração da atenção primária à saúde (APS) no Brasil, com ênfase nas relações público-privadas, no período do SUS. Optou-se por uma abordagem quanti-qualitativa, a partir de três eixos de análise: Condução nacional da política de APS; Configuração público-privada na prestação de serviços de APS e Configuração público-privada e interações sensíveis à APS.”</p>
<p>Rodrigues, Clarita Terra; Spagnuolo, Regina Stella.</p>	<p>Organizações Sociais de Saúde: potencialidades e limites na gestão pública</p>	<p>“Este estudo objetivou conhecer o gerenciamento de uma Organização Social de Saúde (OSS) de um município do interior paulista, na perspectiva dos gestores. Trata-se de estudo qualitativo do tipo Estudo de Caso Único, com sete participantes do Conselho de Curadores. Os dados foram coletados por meio de entrevista não diretiva, entre os meses de março e maio de 2012, e analisados segundo análise de conteúdo, resultando em quatro categorias temáticas: 1. O processo histórico, as transformações sociais e a OSS local; 2. O contrato de gestão da OSS: agilidade e novos aprendizados; 3. OSS: uma nova possibilidade de gestão; 4. Limitações no gerenciamento e nos mecanismos de controle da OSS local. O estudo deu visibilidade às potencialidades do gerenciamento da OSS, sendo destaques a agilidade dos serviços e a objetividade do contrato de gestão. Apresentaram-se como limitações a escassa participação social e seus mecanismos de controle.”</p>
<p>Silva, Vanessa Costa e.</p>	<p>Terceiro setor e parcerias na saúde: as Organizações Sociais como possibilidades e limites na gerência da Estratégia Saúde da Família</p>	<p>“A partir de 2009, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS) repassou a gerência da Estratégia Saúde da Família (ESF) para Organizações Sociais de Saúde, mediante contratos de gestão que discriminam objetivos e metas a serem alcançados na prestação de serviços. Analisou-se tal experiência à luz do sistema de governança adotado pelo município e de aspectos do desempenho da Estratégia Saúde da Família com o objetivo de identificar limites e possibilidades desse modelo como alternativa organizacional no SUS. Realizou-se o estudo de caso por meio de entrevistas com informantes-chave, análise documental e de indicadores do Sistema de Informação da Atenção Básica. Elaborou-se um plano de análise do sistema de governança, a partir da contribuição de autores que desenvolveram estudos críticos sobre as teorias subjacentes ao modelo de OS. (...) A SMS considera as OS como uma ferramenta administrativa para agilizar a aquisição de bens e serviços e a provisão de profissionais de saúde, e estabelece uma relação com essas entidades mais próxima da subordinação e mais afastada da parceria e da cooperação, o que limitaria o desenvolvimento de inovações gerenciais que poderiam ser introduzidas pela adoção da lógica contratual e da institucionalização da avaliação de resultados. O estudo sugere que o modelo de OS ainda é frágil como alternativa organizacional no SUS, porque o Estado não possui a capacidade regulatória necessária, o que inclui debilidades nas tecnologias de monitoramento das atividades prestadas e dificultam a avaliação do desempenho dos serviços. A capacidade regulatória impediria que as organizações executoras dos serviços transferissem - em nome da racionalidade do custo/efetividade - a racionalidade própria do mercado para os serviços públicos de saúde. A gestão dos serviços de saúde é uma prática complexa em função da amplitude do campo e da necessidade de conciliar interesses individuais, corporativos e coletivos nem sempre convergentes. O desafio seria aprender com as diversas experiências e identificar oportunidades que ampliem a capacidade dos governos de implementação das políticas públicas como estratégia de promoção da justiça social.”</p>
<p>Tavares, Viviane.</p>	<p>Privatização, avante</p>	<p>Além dos já conhecidos casos de tortura e impedimento de pesquisas na área, outra característica foi marcante na ditadura: a intensificação da privatização da saúde.” Retrata o período histórico – reforma sanitária, SUS e privatização da saúde.</p>

Leite, Adriana Maria Gomes Nascimento.	Organizações sociais de saúde e controle externo: uma análise a partir do Tribunal de Contas de Pernambuco	“O objetivo desta pesquisa foi analisar o modelo de gestão dos serviços de saúde adotado pela SES/PE, instrumentalizado através das organizações sociais, sob a ótica do controle externo exercido pelo Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco. Buscou-se também, a percepção das organizações sociais de saúde quanto à sua inserção no modelo de gestão, adotado no Estado, e quanto à atuação de fiscalização pelos controles interno e externo. A metodologia utilizada foi estudo de caso com análise qualitativa, com triangulação de fonte de dados a partir de uma abordagem multimétodo. A coleta de dados foi realizada por meio de pesquisa documental e entrevistas aos responsáveis pelas organizações sociais que atuam na saúde pública do Estado, além da observação direta. Os resultados da pesquisa permitiram concluir que o modelo de gestão adotado no Estado trouxe uma flexibilização maior no gerenciamento das unidades de saúde e, em especial, de recursos humanos. Permitiu verificar também que os contratos de gestão, por meio de parcerias com as organizações sociais de saúde, demandam o aperfeiçoamento de mecanismos de governança, sobretudo quanto à transparência, e que as metas e indicadores estabelecidos necessitam serem mais bem planejados, que a regulação precisa se estruturar para uma melhor atuação em relação aos novos atores institucionais, e, por fim, que deve existir uma interação maior entre os diversos controles que fiscalizam o terceiro setor, de forma a contribuir no aperfeiçoamento do modelo de gestão adotado. A pesquisa evidenciou que a fiscalização dos Tribunais de Contas contribui para a redução na assimetria de informação, mediante a publicização do comparativo de metas e resultados, contido no relatório de execução do contrato de gestão.”
Romano, Cátia Maria Costa; Scatena, João Henrique Gurtler.	A relação público-privada no SUS: um olhar sobre a assistência ambulatorial de média e alta complexidade na região de saúde da Baixada Cuiabana em Mato Grosso	“O artigo objetiva discutir a relação público-privada na assistência ambulatorial de média e alta complexidade no SUS, na região da Baixada Cuiabana (MT). No Brasil, as imbricações entre os setores público e privado na saúde e suas consequências são complexas e ainda pouco estudadas. Este é um estudo quantitativo e descritivo, com base em dados secundários de Sistemas de Informação do SUS, referentes à estrutura, à produção e aos gastos desse tipo de assistência. Os resultados apontam que o número de estabelecimentos, a produção e o volume de recursos se concentram em Cuiabá, tendo o setor privado/filantrópico como principal provedor. Conclui-se que tal fato possa sugerir que esse setor detenha poder político e de pressão sobre o SUS, tanto na negociação de seus contratos quanto na prestação de serviços ambulatoriais mais bem remunerados.”
Paulus Júnior, Aylton.	Alocação de recursos condicionada ao desempenho de prestadores de serviços de saúde: o caso das contratualizações de hospitais por uma Secretaria Municipal de Saúde no Brasil	“Trata-se de um Estudo de Caso Múltiplo (ECM), expondo aspectos da produção de ações de saúde, da inserção dos prestadores no SUS e da capacidade de coordenação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) em decorrência das contratualizações realizadas no Município. Foram analisados os hospitais participantes do sistema segundo a personalidade jurídica, complexidade, tipos de metas, volume, produção pactuada e alcançada e potencial de coordenação da SMS. Os dados levantados sugerem a aceitação da hipótese da pesquisa de maior capacidade de coordenação e maior inserção dos prestadores no SUS por meio da contratualização. Os casos ilustram o potencial da contratualização para subsidiar a gestão do SUS no Município e evidenciam algumas das dificuldades do novo modo de alocação de recursos e de gestão, sendo a maioria delas relacionadas à incipiência dos procedimentos da contratualização e de seu monitoramento por parte dos prestadores e da SMS.”
Borges, Fabiano Tonaco.	Desafios e perspectivas do Sistema Único de Saúde (SUS) diante do Neoliberalismo	“O objetivo deste estudo foi realizar uma abordagem crítica do SUS diante dos desafios impostos pelo neoliberalismo na década de 90, sistematizando o fenômeno da privatização do sistema público de saúde brasileiro e, ao mesmo tempo, colocar em perspectiva a viabilidade do SUS diante da hegemonia econômica e política neoliberal no mundo e no Brasil. Foi realizado um estudo de caso tendo como objeto de análise o fenômeno da privatização do SUS instituída por políticas dos governos neoliberais na década de 1990. Realizou-se uma narrativa analítica tendo como trama a privatização neoliberal do SUS. Utilizou-se da observação participante para categorizar os fatos relacionados ao objeto de estudo durante a XIV Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília entre 30/11/2011 a 04/12/2011 de sorte dissecar as peças da privatização do SUS. Em relação à análise das Escolas Técnicas e Centros Formadores do SUS (ETSUS), realizaram-se entrevistas semiestruturadas com gestores de seis ETSUS pertencentes à Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS).” Nota ainda “as Organizações Sociais de Saúde (OSS) se estabeleceram como alternativa neoliberal para a administração dos serviços de saúde e recursos do SUS. A eficiência dessas organizações foi contestada pelo relatório do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo. As ETSUS apresentaram limitações de ordem administrativa por postularem uma nova dimensão do espaço de trabalho não regulada pela administração.”
Mendes, Áquilas.	Gestão pública e relação público-privado na saúde	Na apresentação de <i>Gestão pública e relação público-privado na saúde</i> , Nelson Rodrigues do Santos diz que as diferentes contribuições presentes neste livro objetivam avaliar os anos de existência do SUS acerca de temas essenciais para assegurar um sistema público efetivamente universal, quais sejam: a relação público-privado na saúde e a gestão pública na saúde.
Borges, Fabiano Tonaco; Garbin, Cléa Adas Saliba; Moimaz, Suzely Adas Saliba; Siqueira, Carlos Eduardo.	Anatomia da privatização neoliberal do Sistema Único de Saúde: o papel das organizações sociais de saúde	“Privatizar o Sistema Único de Saúde (SUS) significa alienar o direito à saúde ao capital financeiro. O objetivo deste livro foi identificar as peças que compõe a privatização do SUS, considerando a luta do subsistema público de saúde contra o neoliberalismo no Brasil, sem financiamento adequado e autonomia administrativa. O subsistema privado de saúde brasileiro e a indústria médico-hospitalar encontraram, nas Organizações Sociais de Saúde (OSS), o arcabouço jurídico-legal para participar do financiamento público da saúde, bem como utilizar das estruturas públicas para atender às suas demandas.”
Travassos, Claudia.	A comercialização do cuidado de saúde.	Discute a comercialização no sentido da privatização da saúde e suas consequências negativas.

Ocké-Reis, Carlos Octávio; Sophia, Daniela Carvalho.	Uma crítica à privatização do sistema de saúde brasileiro: pela constituição de um modelo de proteção social público de atenção à saúde.	“Este trabalho analisa as contradições do processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Adota se, aqui, a premissa de que, apesar de ser considerado um dos maiores sistemas públicos do mundo, o sistema de saúde brasileiro possui um considerável mercado de planos de saúde que cobre o pólo dinâmico da economia e funciona em detrimento das diretrizes constitucionais do setor da saúde. Tendo em mente a importância de se fortalecer o bloco histórico em defesa do SUS, propõe se a formulação de uma agenda de reforma das instituições do mercado, a partir da concepção de que o domínio privado ocupa funções de Estado, subtrai a natureza pública do SUS e nega o direito social de assistência à saúde, encarnado na Constituição de 1988.”
Amadigi, Felipa Rafaela; Albuquerque, Gelson Luiz de; Gonçalves, Evelise Ribeiro; Erdmann, Alacoque Lorenzini.	A relação público-privado na saúde brasileira: refletindo eticamente sobre os impasses e tendências para o sus,	“O artigo consiste em uma reflexão sobre a relação público-privada na saúde brasileira, objetivando identificar astendências e os impasses vividos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e suas implicações éticas no cotidiano. Apesar das conquistas constitucionais, ainda existem alguns obstáculos à operacionalização da saúde vistacom o um direito, entre eles, as políticas internacionais de ajuste econômico. O papel constitucionalmente atribuído ao Estado, segundo a lógica neoliberal, passa para a responsabilidade dos indivíduos e da comunidade, e neste contexto, as políticas de bem-estar social seriam reduzidas a programas compensatórios e privatizantes, aumentando assim a massa de vulneráveis e excluídos da sociedade. Diante dessa conjuntura de crises teóricas e práticas, os pressupostos da Bioética da Proteção tornam-se importantes ferramentas de reflexão, uma vez que defendem o resgate de um Estado verdadeiramente ético, que garanta os direitos constitucionalmente conquistados pelos cidadãos.”
Barata, Luiz Roberto Barradas; Mendes, José Dínio Vaz.	Organizações Sociais de Saúde: a experiência exitosa de gestão pública de saúde do Estado de São Paulo	“No presente documento são apresentados algumas considerações sobre a parceria público-privada realizada pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e as Organizações Sociais de Saúde — OSS, que permitiram o desenvolvimento de um novo modelo de gestão, atualmente com Oito anos de experiência. para os serviços de saúde que realizam atendimento para o SUS.”
Carneiro Junior, Nivaldo; Elias, Paulo Eduardo Mangeon	Controle público e equidade no acesso a hospitais sob gestão pública não estatal	“O objetivo foi analisar as organizações sociais de saúde à luz do controle público e da garantia da equidade no acesso aos serviços de saúde. Utilizou-se a técnica de estudo de caso e foram selecionadas duas organizações sociais de saúde na região metropolitana de São Paulo. As categorias analíticas foram equidade no acesso e controle público, baseando-se em entrevistas com informantes-chave e relatórios técnico-administrativos. Observou-se que financiamento global e o controle administrativo das organizações sociais de saúde são atribuições do gestor estadual. A presença do gestor local é importante para a garantia da equidade no acesso, sendo que o controle público se expressa por ações fiscalizadoras mediante procedimentos contábil-financeiros. A equidade no acesso e o controle público não são contemplados na gestão dessas organizações. A questão central encontra-se na capacidade do poder público se fazer presente na implementação dessa modalidade no âmbito local, garantido a equidade no acesso e contemplando o controle público.”
Duarte, Ivomar Gomes; Botazzo, Carlos.	Gestão de pessoas nas Organizações Sociais de Saúde: algumas observações	“Considerado como elemento-chave no gerenciamento dos serviços de saúde, a gestão de pessoas constitui o principal ponto a ser enfrentado nas reformas visando a melhoria do atendimento prestado pelos hospitais públicos. Nesse sentido, este trabalho tem como objetivo identificar características do modelo de gestão de pessoas utilizado pelas Organizações Sociais de Saúde (OSS) contratada pelo Governo do Estado de São Paulo para o gerenciamento de hospitais estaduais. Para tanto foi elaborada uma pesquisa qualitativa e foram entrevistados diretores de hospitais, dirigentes do SUS estadual entre outras partes interessadas. Observou-se que as várias entidades mantenedoras e os vários hospitais por ela gerenciados mantêm diferentes modalidades de captação, vinculação e remuneração de seus recursos humanos; entretanto, não se observou nos limites da pesquisa, diferenciação quanto aos resultados dessas entidades quando comparados entre si.”
Mendes, Áquilas.	A saúde pública brasileira no contexto da crise do estado ou do capitalismo?	“Este artigo tem como objetivo analisar a tendência da saúde pública universal brasileira no contexto da crise estrutural do capitalismo, articulando os interesses do capital e do Estado, sem que seja possível se referir à uma crise do Estado Moderno. Para tanto, o artigo está organizado em duas partes. A primeira parte busca analisar a natureza da crise, identificando tendências do desenvolvimento do capitalismo, principalmente nas últimas décadas do século XX e na primeira década do século XXI, com destaque para a lei marxiana da queda tendencial da taxa de lucro e a dominância do capital portador de juros. A segunda parte discute os impactos dessa crise ao direito universal da saúde no Brasil, especialmente, a partir dos anos 1990, confirmando as incertezas do financiamento do SUS e o crescente movimento de apropriação do capital sobre os recursos das políticas sociais de direitos, as da seguridade social, especialmente a saúde.”
BARRETO, Fábio Lisboa; SOUZA, Cristiano Costa de; LUEDY, Almerinda; MENDES, Vera Lúcia Peixoto Santos; TAHARA, Ângela Tamiko Sato	Processo de gestão hospitalar em parceria público-privada.	O objetivo do estudo foi analisar o processo de gestão de um hospital da cidade de Salvador (Bahia), por meio da Parceria Público-Privada. Trata-se de estudo descritivo, de abordagem quantitativa e qualitativa. Foram utilizadas como fontes de dados as documentações e as informações oficiais, coletadas nos sites das instituições envolvidas no processo de implantação e operação do hospital em questão. Para a análise em questão, foram utilizados os seguintes indicadores: densidade global de infecção hospitalar; número de atendimento de urgência, emergência e consultas ambulatoriais; e número de internação hospitalar, que estão, de forma geral, dentro do contratualizado, ratificando o bom desempenho dessa nova modalidade gerencial. Concluiu-se que a Parceria Público-Privada em saúde, tendo como referência os resultados alcançados pelo Hospital do Subúrbio, mostra-se como alternativa viável aos modelos de gestão existentes, apresentando resultados exitosos, no que tange à qualidade do serviço ofertado aos usuários do Sistema Único de Saúde.”

Carneiro Junior, Nivaldo; Nascimento, Vânia Barbosa do; Costa, Ieda Maria Cabral.	Relação entre público e privado na atenção primária à saúde: considerações preliminares	“Esse artigo tem como objetivo apresentar alguns apontamentos sobre a relação público e privado na organização e prestação de serviços primários em saúde no contexto das políticas atuais do Sistema Único de Saúde. O estado de São Paulo tem acumulado vasta experiência na articulação público e privado em saúde, particularmente, na atenção básica, através das organizações sociais. Faz-se necessário qualificar o debate da relação público-privado, em especial, na política da atenção básica em saúde, reconhecendo possibilidades e limites da atuação do setor não estatal.”
<u>Machado, Cristiani Vieira. <i>Cad Saude Publica</i>; 34(7): e00116218, 2018 Aug 06.</u>	O SUS e a privatização: tensões e possibilidades para a universalidade e o direito à saúde.	“O texto de Lígia Bahia sobre os 30 anos do SUS provoca a reflexão sobre questões incômodas para os defensores de um dos mais ousados projetos de transformação de uma política social no Brasil, a reforma sanitária desencadeada no contexto da redemocratização dos anos 1980.”

Neoliberalismo, terceirização, parcerias público-privadas e reflexos para o sistema de saúde brasileiro.

Ribeiro²⁰ descreve que desde os primórdios dos governos militares, houve incentivos para expansão do setor privado como troca de serviços pela previdência em troca aos incentivos fiscais as empresas; contratação de cooperativas médicas ou empresas privadas pelas empresas; discussões de políticas para privatização de serviços médicos estatais, embora existiam políticas para atendimento das camadas sociais que mais necessitavam.

De acordo com Tavares³³, o regime militar é considerado o verdadeiro precursor da privatização das políticas sociais. Com a realização da 4ª Conferência Nacional de Saúde em 1967, surge a proposta de criação do Plano Nacional de Saúde, que pretendia vender os hospitais para iniciativa privada. Mesmo com o fim do regime militar não significou a instalação de um modelo de saúde não privatista.

Ainda Tavares³³ expõe que com a criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), as empresas de medicina passaram a contar com essa fonte de financiamento para construção, ampliação e aquisição de equipamentos. Portanto, o financiamento público para o setor privado já é histórico.

Na análise do contexto histórico da saúde, Araújo²⁸ constata que o processo

da apropriação privada da saúde, desde a assistência até a administração da saúde – ou seja, o setor privado historicamente apropria-se da máquina pública, dos fundos públicos. Os direitos conquistados e inalienáveis da condição humana são submetidos ao setor privado, ao capital financeiro e considerando a saúde “produtivista, desenvolvimentista e exploradora” torna-se um caráter de destruição da estrutura social.

Ribeiro²⁰ menciona que a política do Estado de Bem Estar Social expandido na década de 30, cujo principal objetivo é a defesa dos direitos dos cidadãos à saúde, sofre na década de 70 discussões sobre alguns fatores que colocaram em xeque sua condição: crise fiscal dos países, crise econômica provocada pela crise do petróleo em 1973 e o inconformismo dos contribuintes que não viam a melhora dos serviços públicos apesar do aumento dos tributos.

O Banco Mundial, segundo Ribeiro²⁰, já estipulava que era preciso alcançar novos mecanismos de políticas públicas que não distorcessem a alocação de recursos.

Portanto o modelo gerencial da administração pública passou a ser fruto das pressões externas e também na tentativa de atrair a iniciativa privada para se ter investimentos em novas estruturas, e em políticas públicas e sociais²⁰.

No Brasil, Albuquerque et al²⁵ descrevem, em plena conjuntura

neoliberal, que à partir da década de 1990, o governo Fernando Henrique Cardoso, incentivou a tendência de privatização do SUS por meio das contratualizações, atendendo, desta forma, os interesses privados.

O modelo neoliberal, de acordo com Castro²⁹, contempla: i) a delimitação do tamanho do Estado; ii) a redefinição do papel regulador do Estado; iii) a recuperação da governança ou capacidade financeira e administrativa de implementar as decisões políticas tomadas pelo governo; e iv) o aumento da governabilidade ou capacidade política do governo de intermediar interesses, garantir legitimidade, e governar.

O antagonismo ao pensamento neoliberal, vem dos ideais da Reforma Sanitária, conforme citado por Lara et al²²: assumir uma luta para separar o público do privado, defendendo que o público é referente a tudo aquilo que é de interesse coletivo e de responsabilidade do Estado, ou seja, definir os papéis entre o público e o privado, na medida que o público é relativo ao Estado com interesse em atender os direitos sociais e o privado a do mercado. Os próprios autores²² concluem e defendem estilos de vida que privilegiem as necessidades comuns da população e não as demandas e interesses de mercado.

Com a política de reforma do Estado, dentro do contexto neoliberal, este tem a função de regulador dos serviços, principalmente orientado para o setor privado^{20, 22}.

Conforme Castro²⁹, a justificativa, para a reforma nos sistemas de saúde estava pautada nos altos custos da assistência médica gerando um crescimento dos gastos com saúde.

Castro²⁹, destaca ainda, dentre os desafios do sistema de saúde: a necessidade de maior eficiência na prestação de serviços de saúde, por meio do controle de prestadores de serviços e produtores do setor; da utilização de

avaliações no processo de incorporação tecnológica e de produtos em saúde, bem como da normatização de condutas, e das formas de remuneração e contratação de prestadores.

Já Travassos³⁵, argumenta que a privatização do cuidado da saúde representa uma ameaça dos direitos conquistados e a falta de regulação caminha com a crescente comercialização e de modo dissimulado.

Esse cenário contribui para aumento dos preços, ineficiência, abusos e incapacidade de atender as necessidades de saúde de uma maneira geral³⁵.

O processo de descentralização do SUS na década de 1990 aliado a possibilidade dos gestores contratar prestadores filantrópicos, privados, fomentou a terceirização²⁰. Não devemos nos esquecer da Lei de Responsabilidade Fiscal em 2000, limitando a contratação de pessoal pelo serviço público, desta forma, acelerando o processo de privatização.

Considerando o cenário neoliberal, Lara et al²², argumentam que a ideia central é normalizar a vida por meio dos interesses mercantis, em outras palavras, os direitos sociais da população apresentam o manejo seguindo os interesses do mercado.

Os autores, Lara et al²², destacam que o pensamento neoliberal não tem como objeto o fortalecimento de um Estado que se efetivem os direitos sociais declarados na Constituição de 1988 e sim seu entendimento dentro de uma lógica virtual que pode ser acessada e efetivada, caso haja interesse em sua garantia.

Dentro dessa linha de raciocínio, para o pensamento neoliberal, a relação entre o público e privado é necessária para progredir na qualificação do setor de saúde²².

Com o avanço do neoliberalismo, de acordo com Melo e Lessa²¹, há recorrência ao fundo público como garantidor a priori do lucro burguês que

se manifesta nos processos de privatização. Temos os contratos que favorecem entes privados, além das Parcerias Público-Privadas (PPPs) e da ampliação de programas de isenção e/ou renúncia fiscal.

Os autores^{44,47}, ao considerar, a proposta de reforma do Estado brasileiro, destacam o papel das organizações sociais como instrumento de gestão estratégica para as mudanças necessárias do modelo de gestão pública, conferindo agilidade e flexibilidade.

As organizações sociais, de acordo com Araújo²⁸, surgiram no Brasil como instrumento de viabilização e implementação de políticas públicas, de acordo com o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Aprovou-se no Congresso Nacional a Lei n. 9.637/1998, que “dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização. As OSs podem, assim, contratar funcionários sem concurso público, adquirir bens e serviços sem processo licitatório e não prestar contas a órgãos de controle internos e externos da administração pública porque estas são consideradas “atribuições privativas do Conselho de Administração”, que pode tudo ou mais, tal como “aprovar por maioria, no mínimo, de dois terços de seus membros, tendo regulamento próprio contendo as normas e regras que deve adotar para a contratação de obras, serviços, compras e alienações e o plano de cargos, salários e benefícios dos empregados.

Barreto et al⁴⁶ definem, parcerias público-privadas, regulamentada pela Lei Federal nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004, como contratos de parcerias firmados entre o setor público e o setor privado, em que o parceiro público contrata o parceiro privado para execução de serviços ou empreendimentos públicos, sendo remunerado pelos serviços prestados. Entende-se como uma espécie de

concessão do público para o privado, mediado por um contrato de serviço de que a Administração Pública é usuária direta ou indireta, não envolvendo cobrança direta ao usuário, no qual a remuneração do parceiro é de responsabilidade exclusiva do ente público.

Araújo²⁸ expõe, que a terceirização e a privatização da saúde se transformam em problemas previsíveis e isso a própria história do Brasil demonstra, destacando a transferência da “poupança pública” para o setor privado e lucrativo, repasse de patrimônio, bens e serviços e dotação orçamentária pública para empresas de direito privado, o fim do concurso público, comprometimento do sistema de referência e contra-referência e da hierarquização dos serviços de saúde.

O terceiro setor é um campo de fortíssima atividade econômica indo além do campo da desinteressada filantropia. Embora sejam entidades sem fins lucrativos, as OSs não escondem seus interesses lucrativos, de acordo com Contreiras e Matta²⁷.

Melo e Lessa²¹ colocam, no atual contexto, a política de saúde brasileira com a crescente influência neoliberal, passa a sofrer ataques, devido a sua intensa mercantilização, negação e retração dos serviços e direitos, desfinanciamento, privatização e terceirização.

A própria omissão do Estado na regulação do setor saúde permitiu o avanço do setor privado e cada vez mais a dependência do setor público^{29, 47}.

As contratualizações entre o público e o privado na área da saúde, tende a ocorrer por caminhos tortuosos, obscuros e burocráticos dentro de um estado hegemônico por forças sociais de interesses privados, conforme descrito no trabalho de Albuquerque et al²⁵.

Albuquerque et al²⁵ alertam que se têm visto várias relações entre o Estado e parceiros privados: PPPs, OCIPs, OSS,

com o intuito de se garantir a continuidade da assistência à saúde. Essas parcerias, terceirizações ou privatizações do serviço público envolvem transferências de bens públicos, recursos humanos e financeiros para o setor privado, sob o argumento de precarização dos vínculos e dos recursos humanos. Neste sentido, deve-se ponderar os interesses entre o público e o privado.

A terceirização está num avanço crescente na atual realidade e o Estado ao atuar no planejamento, supervisão, regulação dos serviços, avaliação, corre o risco de deteriorização da qualidade dos serviços prestados, conforme exposto por Albuquerque et al²⁵.

Ao se analisar a participação do setor privado garantido na Constituição Federal de 1988 em caráter complementar, pode-se dizer que o papel do Estado pode ficar comprometido como garantidor dos direitos à saúde, isto porque, da maneira como está ocorrendo, o caráter complementar da iniciativa privada passa para substitutivo, ou seja, o público se retira dando lugar para a atuação do privado.

Mendes³⁹, destaca que se torna dificultoso a utilização da complementariedade dos serviços por parte da gestão pública em decorrência da expansão muito além da participação do setor privado conforme previsto na Constituição Federal de 1988.

Castro²⁹, chama atenção ao fato de se fazer necessário o fortalecimento da regulação pública sobre os diferentes arranjos público-privados de forma a fortalecer os princípios e diretrizes do SUS.

Romano e Scatena³⁴, concordam com a complementação do setor público pelo privado na saúde, mas, entendem³⁴ que as falhas no processo de regulação do setor privado sugere uma crescente e descontrolada participação deste setor na saúde, e, com isso, passa a possuir expressivo poder político e de pressão no

que se refere a negociação ou intermediação de seus contratos bem como a remuneração de serviços prestados.

Ainda, Romano e Scatena³⁴ reiteram que a saúde privada tem que conviver com a pública, mas, acima de tudo é necessária uma regulação eficiente. Ainda, de acordo com os autores³⁴, dentro do contexto de maior agilidade nos serviços e resolutividade para os usuários, destacam-se problemas ou distorções importantes ainda por esse modelo ofertado sob regime ambulatorial. Como exemplo, tem-se a seleção da demanda por enfermidades que resulta em procedimentos melhor remunerados segundo a tabela SUS, o excesso de pedido de consultas com outros especialistas, exames complementares, muitas vezes, sem necessidade.

Ribeiro²⁰ destaca que a saúde não pode ser desvinculada do Estado cujo papel é assegurar os direitos.

Ao vincular a saúde às regras mercantis, mesmo o serviço prestado pelo setor privado, deve ser regulado pelo Estado e nessa ideia, defendida por Ribeiro²⁰, não terá a mercantilização da saúde.

Mas, a mercantilização da saúde, dentro do contexto das parcerias e terceirizações, sempre estará presente. Borges³⁷, nos lembra, que essa mercantilização decorre da contratualização com o privado. A contratualização estimula as organizações sociais a se organizarem para negociar assuntos de seus interesses e nisso podemos fazer uma comparação de semelhança com prestadores privados do SUS.

Castro²⁹ aponta para um outro fato que está na organização dos prestadores privados para preencherem as lacunas assistenciais do SUS, e com isso, a lógica dos interesses privados e de mercado vem moldando e afetando as decisões no âmbito da gestão pública como também

agravando a segmentação da clientela na medida em que se observa diferenciações quanto à qualidade e tipo de serviço de saúde disponível. Deve-se ainda considerar interesses ou não privados voltados para a comercialização desses serviços.

Machado⁴⁸ faz uma citação de Lígia Bahia, quando afirma que as relações entre público e privado se tornaram cada vez mais entrelaçadas, resultando em uma estratificação complexa na oferta e também na utilização de serviços de saúde. O argumento central é que essas características travam a plena implementação de políticas universais na saúde.

Borges³⁷, expõe sobre a importância de ressaltar que o contrato de prestação de serviço não é propriamente dito um contrato de gestão, considerando que a gestão continua sob o poder público estadual, pois é o órgão financiador das OSs e formulador de políticas de saúde.

No campo da administração pública, desenvolveu-se a lógica do modelo de produtividade do setor privado em traçar metas, com maior eficiência e resultados com maior efetividade²⁰.

No trabalho de Barata e Mendes⁴³ em que avaliam as OSs do Estado de São Paulo, colocam o aumento da eficiência dos serviços prestados, devido a maior flexibilização e agilidade. Além disso, esses autores comentam, que o balanço de suas prestações de contas é publicado no diário oficial do Estado e analisado pelo Tribunal de Contas e que se trata de um dos caminhos encontrados para aperfeiçoar a prestação de serviços pelo SUS.

Por outro lado, ao se valer da experiência de São Paulo, Contreiras e Matta²⁷ afirmam que a administração gerencial estabelecida pelo setor privado está longe de cumprir a eficiência que

por sua definição exige um controle financeiro estrito.

Contreiras e Matta²⁷ destacam que o processo de reforma do Estado, no plano social, foi proposto a delegação dos serviços público para entidades sem fins lucrativos que na época foram alvo de críticas por parte dos movimentos sociais e parlamentares. Em São Paulo, a terceirização da Saúde foi muito acentuada, sendo que em 2010, 96% dos estabelecimentos de saúde estavam sob gestão privada e inicialmente se deu através de convênios, sendo as Organizações Sociais (OSs) chamadas de “ Entidades Conveniadas OSs Símeles” com destaque para a falta de regulação das entidades conveniadas que permaneceram durante anos, tornando-se invisíveis diante da fiscalização do judiciário e legislativo.

Romano e Scatena³⁴, esclarecem que a eficiência e o bom desempenho não são particularidades exclusivas dos setores privados ou público.

Já Borges³⁷ descreve que os sistemas públicos de saúde possuem melhores desempenhos, por não possuírem compromisso com os dividendos, estabelecem melhores condições de trabalho e salário, melhor acesso ao sistema, realização de atividades de promoção à saúde dentre outros.

Carneiro e Elias⁴⁴ levantam que a forma como o Estado brasileiro tem delegado a assistência para entidades privadas através das organizações sociais, não atende a efetivação do controle público e a própria equidade do acesso aos serviços. Reforçam que a questão central se encontra na capacidade do Poder Público de estar presente na implementação dessa modalidade de gestão no âmbito local, restando e ao mesmo tempo ampliando o espaço para formulação de política, desta forma, monitorando e garantindo a equidade no acesso aos serviços de saúde e contemplando o controle público.

Temos que considerar que a monitorização destes contratos de gestão não é uma tarefa das mais fáceis, com diversas falhas apontadas nos mecanismos de controle de contratos e gestão.

Leite³² levanta questões de não existirem avaliações confiáveis que demonstrem maior eficiência das organizações prestadoras de serviços e que nas avaliações de resultados deve considerar que a manipulação de resultados de acordo com as metas conservadoras estabelecidas deve ser considerada. Esse autor³² afirma, ainda, que instrumentos de gestão flexíveis não garantem a transparência e eficiência do serviço. A contratualização não é garantia de melhor desempenho e que os resultados satisfatórios dependem de uma organização institucional que assegure o enfrentamento do problema da assimetria de informação para que se possa monitorar melhores seus resultados.

Sabe-se que as contratualizações só serão melhores sucedidas desde que funcione os mecanismos de controle interno e externo, e falhas dentro desta avaliação e monitorização são apontadas. No Recife, por exemplo, foi levantado por Albuquerque et al²⁵ a questão de falha no controle externo, sem a participação da sociedade civil organizada.

Um fator importante abordado por Feitosa e Montenegro²³ na monitorização dos custos, está na consideração de fraudes, pela má avaliação dos chamados “custos escondidos”, “custos indiretos” e “custos sociais”.

Outro problema abordado por Albuquerque et al²⁵ está ligado a contratualização de redes isoladas ao fugir da lógica e dificultar o mecanismo de implantação de estruturação das redes. Afirma-se que o projeto não conseguiu fazer oposição aos interesses do capital e do setor privado, e como

consequências deixa lacunas no cumprimento dentro do contexto público. Considera-se que o conceito de rede envolve a organização do serviço de saúde e a relação entre seus autores.

Um dos trabalhos, publicado em 2015, Albuquerque et al²⁵ apontam que na cidade de Recife há predomínio público estatal na atenção ambulatorial básica e o privado na atenção hospitalar recebendo maior repasse. Os secretários defendem o processo de contratualização como meio de garantir a condução da gestão pública e de aumentar a capacidade organizacional da rede. Dentre alguns secretários entrevistados, destacam a questão que a concentração de leitos por algumas especialidades não tem sido determinada pela necessidade de saúde dos usuários. Afirmam também que os Secretários se mantêm refém dentro de um sistema moldado nos privilégios acumulados pelo setor privado, como se lhe faltassem poder público para assegurar uma oferta que atenda às necessidades²⁵.

Outras questões colocadas na literatura, apontadas por Rodrigues e Spagnuolo³⁰ estão relacionadas às vantagens das parcerias na aquisição mais rápida de materiais e equipamentos e aos incentivos para médicos atuarem na periferia. Contudo, se levanta um problema que representa uma ameaça no que se refere a eficiência alocativa, desta forma, colocando em xeque às premissas de equidade e universalidade do SUS.

Borges³⁷ relata vantagens e desvantagens na contratação das OSs, sendo que, dentre os pontos positivos destaca a agilidade na compra de bens, maior autonomia na gestão do trabalho em saúde, sistema de metas que permitiria melhor avaliação de desempenho. Por outro lado levanta as questões negativas e que favorecem a mercantilização da saúde: não submissão às leis das licitações levando a seleção das OSs de maneira simplificada, fragmentação do sistema à medida que

fica estabelecido o duplo comando, regulação por mecanismos alheios ao SUS, ocupação de estruturas estatais por prestadores de serviços privados, desvinculação da gestão do trabalho em saúde do SUS, incentivo aos movimentos para institucionalizar a abertura para o atendimento por seguros privados de saúde mediante custeio do Estado.

Rodrigues e Spagnuolo³⁰ concordam com o argumento que o processo de terceirização, conduz a maior agilidade na aquisição de bens e mão de obra. Por outro lado, defendem a necessidade de aprimorar os mecanismos de controle que garantam maior transparência, do qual necessita da eficiência do Estado fiscalizador.

Nota-se que o próprio sistema de informática apresenta limitações para demonstrar essa transparência no decorrer dos contratos de gestão, conforme destacado por Rodrigues e Spagnuolo³⁰. Ainda que os Conselhos Curadores são o órgão máximo das OSs, com funções deliberativas, fiscalizadoras e normativas, esses autores³⁰ consideram que a participação social é bem restrita e pouco efetiva pois também ocorre o distanciamento da população devido seu caráter burocrático e hierárquico.

A transparência social também foi exposta, na defesa que deve estar presente em todas etapas da contratualização com as OSs, conforme afirma Silva³¹.

Os resultados da pesquisa de Silva³¹, apontam para dificuldades de monitoramento dessas etapas no município do Rio de Janeiro, alegando que apenas o edital é publicado no Diário Oficial e até mesmo as avaliações dos contratos de gestão, não são divulgados pela secretaria, sendo apenas encaminhados para avaliação interna. Desta forma, o Estado não apresenta ferramentas regulatórias necessárias,

dificultando o processo de avaliação dos serviços prestados.

Silva³¹ afirma, ainda, que as OSs sendo consideradas uma ferramenta na aquisição de bens e serviços, estabeleceu-se uma relação de subordinação com limitação de inovações gerenciais.

O estabelecimento das metas contratuais, também apontado por Silva³¹, não é apenas torná-las um instrumento de cobranças à medida que limita a capacidade de inovação, criatividade, tornando uma assistência focal.

Nessa perspectiva, Paulus³⁶ discute que o processo de contratualização deve ir além do estabelecimento de metas, que inclusive devem ser claras decorrentes de dados históricos e epidemiológicos, mas também deve envolver, de forma coordenada, a integração dos diversos serviços.

Portanto, corre-se um grande risco de direcionar uma assistência fragmentada na elaboração das metas contratuais nos serviços terceirizados. O contrato de gestão deve ser negociado, com a participação dos trabalhadores, conforme argumenta Paulus³⁶.

Os mecanismos de avaliação das OSs ou contratos de gestão, conforme Leite³², não devem ocorrer apenas pelo cumprimento das metas e da adesão dos indicadores, mas devem ser contextualizados no âmbito da implantação do SUS. Há necessidade de aperfeiçoamento dos mecanismos de fiscalização do terceiro setor com priorização de fiscalização em áreas específicas, desburocratização dos meios de investigação e estabelecer novos fluxos de informação através de sistemas informatizados.

Paulus³⁶ aponta falhas no processo de monitorização destes contratos alegando existir dificuldades em efetuar um monitoramento adequado em prazos úteis, além da falta de prioridade na

operacionalização das comissões de avaliação e geralmente as secretarias contam com pouca estrutura na execução desta função.

Por fim, tocante à escassez de experiência com as Parcerias Público-Privadas na saúde, foi descrito por Barreto et al⁴⁶ uma experiência bem sucedida envolvendo a parceria público-privada no Hospital de Subúrbio na Bahia, acreditado pleno pela ONA (Organização Nacional de Acreditação) em 2015. A gestão está à vista, demonstrada pela publicização dos indicadores assistenciais por meio de aplicativo e disponibilizado nas plataformas Android e IOS, contribuindo para transparência necessária do serviço público.

Outro critério a considerar foi a escolha do parceiro privado, levando em consideração a experiência em gestão de unidades credenciadas⁴⁶.

Percebem-se fatores importantes para um contrato melhor sucedido, a transparência dos indicadores e monitorização e o critério qualitativo na escolha do parceiro privado.

O trabalhador diante do contexto neoliberal e das parcerias e terceirizações na saúde.

Duarte e Botazzo⁴² descrevem que o regime de terceirização de gestão de pessoas, por exemplo as OS na área da saúde respondem adequadamente ao que se espera do modelo nos quesitos de agilidade e flexibilidade nos processos de contratação.

Esses autores⁴², argumentam, conforme relatório emitido pelo Banco Mundial, problemas relativos ao regime estatutário como: a inadequação do quadro de pessoal, grande rotatividade de funcionários por transferências e afastamentos, baixa motivação, ausência de sistema de avaliação de desempenho, absentismo, excesso de pessoal com baixa qualificação.

Num estudo de caso único do Município de Botucatu-SP, realizado por Rodrigues e Spagnuolo³⁰, partindo dos membros de conselho de Curadores da Fundação UNI, aponta-se que por limitação da LRF, foi instituído convênio com entidade filantrópica para gestão em saúde destacando maior agilidade na forma de egresso dos trabalhadores.

Na contra-argumentação destacamos a seguir alguns trabalhos sobre esse modelo adotado.

A questão neoliberal, apontado por Borges³⁷ para a gestão do trabalho na saúde, apoia-se na desvinculação dos trabalhadores de carreira, ou seja, aqueles que formam a massa crítica do SUS, por esses concederem solução de continuidade às políticas públicas de longo prazo. Essa massa crítica passa a ser fragmentada, onde se instituem “rachaduras” irreparáveis nas ações de longo prazo em saúde pública. A partir dos efeitos dessas “rachaduras”, os tecnocratas neoliberais avançam na instituição de normas que direcionam a descontinuidade de ações, a inserção de interesses privados e o desenvolvimento da privatização de serviços públicos de saúde.

Ribeiro²⁰ destaca algumas desvantagens no processo de terceirização:

1- Gestão de contratos: O poder público deve fiscalizá-los, e isso requer mais mão de obra e pessoas especializadas, com a finalidade de fiscalizar o cumprimento das leis trabalhistas, metas, o que demanda a criação de um departamento específico para isso e maiores custos.

2- Rescisão: A contratada sofre desembolso mais vultoso devido as verbas rescisórias, trabalhadores ingressam com ações trabalhistas pleiteando benefícios ou direitos que poderão ser arcados pela própria administração já que responde subsidiariamente.

3- Controle de encargos previdenciários: sonegações podem ocorrer no recolhimento das contribuições previdenciárias. A contratada pode apresentar a documentação à fiscalização e alterar as informações à Receita e pode também não recolher os valores e informar à Administração que realizou a compensação de valores retidos.

4- Recolhimento do FGTS: Nada impede que essa documentação seja apresentada de forma fraudulenta pela empresa contratada.

Além do mencionado, outro problema apontado por Ribeiro²⁰, refere-se ao fato de que a terceirização leva a maior rotatividade no trabalho, causando impacto no tempo de vínculo empregatício, podendo gerar insegurança, menor remuneração, incertezas em conseguir novo emprego em pouco espaço de tempo, impacto na aposentadoria, despesa do Estado com os seguros desempregos devido a alta taxa de rotatividade destes trabalhadores e ameaças aos direitos trabalhistas:

Pode-se ainda dizer que esses setores tendem a contratar muitas “Indicações”, comprometendo a qualidade e a eficiência prometida pelo setor privado^{20, 21}.

Ainda, reforçamos que o SUS tem incorporado importante número de trabalhadores terceirizados com mecanismos de seleção de pessoal questionável e sem grandes perspectivas de crescimento na carreira, permanecendo os vínculos trabalhistas de curta duração e com menos direitos e com isso coloca em xeque a lógica do aprendizado permanente, com vistas ao atendimento qualificado²¹.

Melo e Lessa²¹ defendem o SUS público, efetivamente financiado capaz de prover atenção integral com trabalhadores concursados com plano de carreira.

Feitosa e Montenegro²³ relatam a segmentação dos trabalhadores e sua perda da força social, gerando a

fragilização das lutas coletivas e aliados a perda das forças sindicais, insegurança frente ao emprego, o aumento do ritmo de trabalho e as crescentes exigências voltadas para a máxima produtividade.

Outra consequência do processo de terceirização, segundo Feitosa e Montenegro²³, consiste na transferência de responsabilidades do campo do direito do trabalho para o direito civil, pois as questões trabalhistas passam a ser tratadas entre duas empresas (a contratante e a contratada) e não mais entre a organização e o trabalhador além de contribuir para o processo contínuo de exclusão social, demonstrada tanto pela redução de postos de trabalho e de salários quanto pela perda de direitos e garantias trabalhistas fundamentais para o trabalhador além de considerar um processo de vulnerabilidade social e insegurança frente ao futuro.

Campos et al²⁴ discutem o aumento na busca pela produtividade, a corrosão dos direitos trabalhistas, contratos temporários, aumento do tempo para aposentadoria e acima de tudo fomentam a importância das pressões sociais para que possa promover o recuo da ofensiva neoliberal e alerta que as instituições sociais precisam formar trabalhadores críticos, capazes de reconhecer os mecanismos de alienação, ter capacidade de criticar políticas públicas de saúde e denunciar esses males que o sistema impõe.

Araújo²⁸ levanta os problemas relativos a terceirização dos recursos humanos pelas OSs e OCIPs culminando com a desorganização do trabalho em saúde, flexibilização dos contratos, precarização do trabalho e o comprometimento da hierarquização na saúde à medida que cada serviço privado tem seu escalão administrativo.

Castro²⁹, mostra a preocupação do vínculo de profissionais na Estratégia da Saúde da Família, principalmente em destaque para o médico.

Entendemos que a alta rotatividade prejudica a própria eficiência do setor primário principalmente na criação de vínculo com a população.

Uma outra colocação, abordada por Borges³⁷, refere-se a inserção limitada dos trabalhadores terceirizados no sistema por não participarem efetivamente das representações colegiadas, como por exemplo as Conferências de Saúde.

Políticas sociais diante do contexto neoliberal e das parcerias e terceirizações na saúde.

As políticas macroeconômicas levam a diminuição dos gastos públicos na saúde, aumentando os riscos de “desuniversalização” e diminuição assistencial das políticas sociais, de acordo com Mendes⁴⁵.

O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde, contemplando desde a atenção básica até serviços de média e alta complexidade. Desse modo, torna-se muito preocupante os projetos de privatização do SUS mediante as restrições fiscais impostas à universalidade do acesso e de sua integralidade e a consequente privatização do sistema público^{40,38}.

A ideologia neoliberal, segundo Amadigi et al⁴¹, representou um retrocesso à origem do bem estar social. A proteção social atribuída ao Estado, é vista como impedimento ou dificuldade para avanço do capital financeiro e dentro dessa concepção as políticas públicas seriam substituídas por políticas focais e compensatórias. Dentro deste cenário, o Estado continua destinando seus recursos, mas, não para ampliação de sua rede de serviços, e sim para terceiros como as OSs. Essas propostas, com pouco investimentos em políticas sociais aumentam ainda mais o número de vulneráveis.

Amadigi et al⁴¹ argumentam que se deve superar a ideia de um Estado

reduzido, e pensar eticamente sobre a organização e o papel do SUS consolidar políticas públicas que contemplem à defesa da vida.

Uma das formas características da atuação estatal de caráter privado para delegar a execução das políticas sociais é através da chamada terceirização, de acordo com Melo e Lessa²¹, e isto está em sintonia com os projetos neoliberais defendidos pelo Banco Mundial.

A política de saúde tem sido capturada cada vez mais pelos interesses do capital: o lucro as políticas de saúde tem sido um fértil campo para o terceiro setor dentre os quais destaca: mercantilização e ampliação da capitalização das políticas sociais²¹.

Campos et al²⁴ consideram, dentro do modelo neoliberal e privatista em curso, a geração de políticas sociais paliativas em substituição às políticas estruturais.

Melo e Lessa²¹, apontam que as OSs executam políticas sociais através dos contratos de gestão. Ao longo do ano 2000 foram aprovadas várias legislações que regulamentavam as OSs nos Estados. Mesmo no governo pelo dito partido dos trabalhadores as condições de saúde apresentaram-se frágeis. Foram desenvolvidas políticas sociais sob a lógica econômica, focalizada na pobreza, mas dotadas de baixo financiamento. O Programa de Saúde da Família que amplia em 1995 para Estratégia da Saúde da Família, em geral é executada com o suporte de entidades privadas e ressalta que as Clínicas da Família no Rio de Janeiro são geridas por OSs e destas, 80% estão sob investigação do Ministério Público.

A política de saúde é dotada de muitas interfaces com outras políticas e como direito social faz parte integrante da Seguridade Social e como condição individual e coletiva não deve ser submetida às condições mercantilistas e do capital. Mesmo não havendo venda de serviços, o modelo da FASFIL

(Fundações e Associações Sem Fins Lucrativos) fica configurado uma privatização²¹.

Melo e Lessa²¹ destacam ainda que a falta de transparência na execução da política de saúde e o superfaturamento das ações.

Há, inclusive a pretensão de ampliar a participação do setor privado na formulação de políticas nacionais de saúde³⁰.

Sheffer²⁶, também considera que a participação do capital estrangeiro na saúde foi fruto da vitória envolvendo os interesses de hospitais privados, indústria farmacêutica e planos de saúde.

A política de proteção social deve ser vista no sentido de fornecimento de cuidado ao outro promovendo saúde e prevenindo doença, de acordo com Borges³⁷.

A saúde pública enxerga a saúde como um bem bastante diferente das mercadorias produzidas, razão pela qual se deveria reservar a mesma um tratamento específico, inclusive em termos de proteção, encarada como um bem comum. Segundo, Borges⁴¹, entender o fracasso do neoliberalismo na promoção da justiça social, à medida que o mercado financeiro na tentativa de proteger seu capital, é impiedosa, não poupa o mais fraco, como por exemplo na fragilização nas relações de trabalho por exemplo.

Conclusão

A expansão das terceirizações e parcerias público-privadas na área da saúde representam sua mercantilização, à medida que os contratos permitem negociar assuntos de interesse do privado. Aliado a isso, nota-se a fragilidade da regulação do Estado nas mais diversas formas de privatização da saúde, proporcionando uma expansão do setor privado não mais de caráter complementar como previsto na Constituição de 1988, mas sim substitutivo.

Constam também, de fato, de uma ameaça aos direitos sociais conquistados. A própria proteção social atribuída ao Estado é vista como um empecilho para o avanço da política e ideais neoliberais.

Sob argumentação de maior efetividade e eficiência além de agilidade e flexibilidade na aquisição de recursos do setor privado, vimos que o termo eficiência e efetividade não é particular do setor público ou privado. Inclusive, algumas das publicações analisadas demonstraram que a eficiência prometida pelo setor privado está longe de ser alcançada, e ainda o setor público por não ter compromisso com os dividendos, melhores acesso ao sistema e realização de práticas de promoção à saúde tende a ser mais eficiente.

Outro problema levantado para o sistema de saúde está na própria dotação do orçamento público pelo setor privado, tais como: isenções fiscais, subfinanciamento e sucateamento do SUS, comprometimento do sistema de referência e contra-referência e da hierarquização dos serviços de saúde, fragmentação do sistema (duplo comando), regulação por mecanismos alheios ao SUS, ocupação de estruturas estatais por prestadores privados e a própria segmentação dos usuários na medida que se observa diferenças na qualidade dos serviços prestados.

Muito se argumentou na literatura sobre a falta de transparência e falhas no processo de monitorização dos contratos de gestão, fragilizando o comprometimento com os resultados.

O processo de transparência e monitorização efetiva dos contratos de gestão que somados a critérios bem definidos na escolha do parceiro privado, demonstraram ser fundamentais para obter resultados satisfatórios.

Outro ponto comprometedor, está no estabelecimento de metas fixas, pois limita a capacidade de inovação,

criatividade, tornando uma assistência focal.

Para o trabalhador são inúmeras as desvantagens destacando o aumento da rotatividade impactando sob o vínculo empregatício e gerando insegurança e incertezas, indicações para contratação (levando ao comprometimento com a qualidade), corrosão dos direitos trabalhistas.

Como visto, por tratar-se de um assunto polêmico, são várias opiniões, reflexões formadas a respeito das parcerias público-privadas e

terceirizações, desta forma, esperamos contribuir para o debate e trazer como proposta futuras discussões à medida que muitas considerações levantadas devem ser analisadas e ajustadas. Desta forma, confirma-se a hipótese desta pesquisa, que dentro da atual conjuntura neoliberal com conseqüente expansão desenfreada das parcerias público-privadas e terceirizações na área da saúde, criam-se muitos problemas para o sistema de saúde, para os trabalhadores e para a própria prática das políticas sociais.

Referências

1.Santana, G.D; Júnior, H.S.R. As parcerias Público-Privadas: Solução ou problema? Primas: Dir. Pol. Pub. e Mundial, Brasília, v.3, n.1, p.148-181, jan-jun. 2006.

2.Almeida, C. Parcerias público-privadas (PPP) no setor saúde: processos globais e dinâmicas nacionais. Cad. Saúde Pública 2017; 33 Sup 2:e00197316. DISPONÍVEL EM: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33s2/1678-4464-csp-33-s2-e00197316.pdf>. Acesso em: 13/10/2018.

3. LEI 9.637/1998 (LEI ORDINÁRIA) 15/05/1998. 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LIS/L9637.htm. Acesso em: 13 de outubro de 2018.

4. Machado, T.T.L; Santana, T.L.T. A Privatização da saúde e a contrarreforma do estado: o processo de desmonte dos direitos sociais. II CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL: DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS. III

SEMINÁRIO NACIONAL DE TERRITÓRIO E GESTÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS.II CONGRESSO DE DIREITO À CIDADE E JUSTIÇA AMBIENTAL (Política Social, Seguridade Social e Proteção Social). Londrina PR, de 04 a 07 de Julho de 2017. Disponível em: <https://www.congressoservicosocialuel.com.br/anais/2017/assets/134367.pdf>. Acesso em: 13 de outubro de 2018.

5. LEI 8.080/1990 (LEI ORDINÁRIA) 19/09/1990 01:00:00. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 13 de outubro de 2018.

6. Ministério da saúde. PORTARIA 1034 MINISTÉRIO SAÚDE – TERCEIRIZAÇÃO. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1034_05_05_2010_rep.html. Acesso em: 13 de outubro de 2018.

7. Marques, R.M; Uginio, C.K. O Brasil é chamado a ordem. Argum., Vitória, v. 9, n. 3, p. 8-23, set./dez. 2017. Disponível em: periodicos.ufes.br/argumentum/article/d

ownload/17944/13027. Acesso em: 10 de outubro de 2018.

8.BRAVO, Maria Inês Souza. Política de saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: XIX Seminário Latino Americano de Escolas de Serviço Social. O trabalho social na situação da América Latina: desafios para a formação e ação conjunta profissional. Santiago de Guayaquil Universidade Católica. Guayaquil Equador. 04-08 outubro, 2009. Disponível em: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congressos/reg/slets/slets-019-187.pdf>. Acesso em: 13 de outubro de 2018.

9.FRANCO, Augusto de. A reforma do Estado e o terceiro setor. In: PEREIRA, I.C.Bresser et al (org). Sociedade e Estado em transformação. São Paulo: UNESP, 1999.

10.Mendes, L.C.A. Estado e terceiro setor: uma análise de aproximação. Revista do Serviço Público, ano 5, n3, jul-set 1999. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/352/358>. Acesso em: 13 de outubro de 2018.

11.Revista Eletrônica Gestão & Saúde ISSN: 1982-4785 Soares GB, Borges FT, Santos RR *et al* Artigo de Revisão. Rev. Gest.Saúde (Brasília) Vol.07, N°. 02, Ano 2016.p 828-50 828. Organizações Sociais de Saúde (OSS): Privatização da Gestão de Serviços de Saúde ou Solução Gerencial para o SUS? Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/viewFile/22057/15752>. Acesso em: 13 de outubro de 2018.

12.Santos, A. Privatização, terceirização e parceria nos serviços públicos: conceitos e tendências. Disponível em: <http://www.polis.org.br/uploads/509/509.pdf>. Acesso em: 14 de outubro de 2018.

13.Kruger, T.R. SUS: da perda da radicalidade democrática ao novo desenvolvimentismo. Rev. katálysis vol.17 no.2 Florianópolis July/Dec. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141449802014000200218&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 14 de outubro de 2018.

14.Bartolomei, E.F.B; Carvalho,M.S; Delduque, M.C. A Saúde é um Direito! Saúde em debate, Rio de Janeiro,v.27,n.65,p.184-191,set/dez.2003.

15. PEREIRA, I.C.Bresser et al (org). Sociedade e Estado em transformação. São Paulo: UNESP, 1999.

16.Barbosa, A.P; Malik, A.M. Desafios na organização de parcerias público-privadas em saúde no Brasil. Análise de projetos estruturados entre janeiro de 2010 e março de 2014. Rev. Adm. Pública — Rio de Janeiro 49(5):1143-1165, set./out. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v49n5/0034-7612-rap-49-05-01143.pdf>. Acesso em: 02 de outubro de 2018.

17. Moraes, H.M.M; Albuquerque, M.S.V; Oliveira, R.S; Cazuzo, A.K.I; Silva, N.A.F. Organizações Sociais da Saúde: Uma expressão fenomênica da privatização da saúde o Brasil. Cad. Saúde Pública 2018; 34(1):e00194916. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n1/1678-4464-csp-34-01-e00194916.pdf>. Acesso em: 02 de outubro de 2018.

18. Viana, A.L.D'A; Machado, C.V. Proteção Social em Saúde: Um balanço dos 20 anos do SUS. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 18 [4]: 645-684, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n4/v18n4a04.pdf>. Acesso em: 02 de outubro de 2018

19. Silva, A C; Batista, J.H.S; Santos, W.C.M. Desmonte do SUS: o ataque neoliberal à política de saúde no Brasil. Anais 7º seminário frente nacional contra a privatização da saúde de 27 a 29 de outubro de 2017. Disponível em: www.seer.ufal.br/index.php/anaisseminariofncps/article/download/4009/2847. Acesso em: 20 de outubro de 2018.
20. Ribeiro, Glauca Maria de Araújo. O Sistema Único de Saúde ante as perspectivas da terceirização administrativa. *Manaus; s.n; 2018. 296 f p*. Tese em Português | LILACS | ID: biblio-904949. Apresentada a Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social para obtenção do grau de Doutor. Orientador: Asensi, Felipe Dutra.
21. Melo, Marcelo Paula de; Lessa, Simone Eliza do Carmo. Políticas de saúde, neoliberalismo e o crescimento do chamado terceiro setor: uma análise das FASFIL do campo da saúde no Censo IBGE 2005. *Textos contextos (Porto Alegre); 16(1): 262-274, 2017*. Artigo em Português | LILACS | ID: biblio-912942
22. Lara, Lutiane de; Guareschi, Neuza Maria de Fátima; Bernardes, Anita Guazzelli. REFORMA SANITÁRIA E A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE EM UM CONTEXTO BIOPOLÍTICO DE GARANTIA DE DIREITOS. *Psicol. soc. (Online); 28(2): 360-368, mai.-ago. 2016*. Artigo em Português | LILACS-Express | ID: lil-784262
23. Feitosa, Raquel Libório; Montenegro, Adauto de Vasconcelos. Considerações sobre terceirização e precarização do trabalho no contexto brasileiro: uma revisão. *Rev. psicol. (Fortaleza, Online); 6(2): 76-89, jul. - dez. 2015. Ilus.*
24. Campos, Celia Maria Sivalli; Viana, Nildo; Soares, Cassia Baldini. Mudanças no capitalismo contemporâneo e seu impacto sobre as políticas estatais: o SUS em debate. *Saude soc. vol.24 supl.1 São Paulo Apr./June 2015*.
25. Contratualização em saúde: arena de disputa entre interesses públicos e privados. Albuquerque, Maria do Socorro Veloso; Moraes, Heloísa Maria Mendonça de; Lima, Luci Praciano. *Cien Saude Colet; 20(6): 1825-34, 2015 Jun*.
26. Scheffer, Mário. O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro. *Cad Saude Publica; 31(4): 663-6, 2015 Apr*.
27. Contreiras, Henrique; Matta, Gustavo Corrêa. Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil: caracterização e análise da regulação. *Cad Saude Publica; 31(2): 285-97, 2015 Feb*.
28. Araújo, Isabelle Maria Mendes de. Direito à saúde: aspectos do modelo neodesenvolvimentista brasileiro e da privatização da saúde. *Rev. direito sanit; 16(1): 128-145, 2015*.
29. Castro, Ana Luisa Barros de. Atenção primária e relações público-privadas no sistema de saúde do Brasil. *Rio de Janeiro; s.n; 2015. 173 p. tab, graf*. Apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca para obtenção do grau de Doutor. Orientador: Machado, Cristiani Vieira.

30. Rodrigues, Clarita Terra; Spagnuolo, Regina Stella. Organizações Sociais de Saúde: potencialidades e limites na gestão pública. *Rev. eletrônica enferm; 16(3): 549-557, 20143009.*
31. Silva, Vanessa Costa e. Terceiro setor e parcerias na saúde: as Organizações Sociais como possibilidades e limites na gerência da Estratégia Saúde da Família. *Rio de Janeiro; s.n; 2014. 148 p. ilus, mapas, tab, graf.* Tese em Português | LILACS, BDS | ID: lil-714019. Apresentada a Fundação Oswaldo Cruz . Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca para obtenção do grau de Doutor. Orientador: Hortale, Virginia Alonso.
32. Leite, Adriana Maria Gomes Nascimento. Organizações sociais de saúde e controle externo: uma análise a partir do Tribunal de Contas de Pernambuco. *Recife; s.n; 2014. 158 p. ilus, graf, tab.* Tese em Português | LILACS | ID: lil-750257. Apresentada a Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães para obtenção do grau de Mestre. Orientador: Gurgel Júnior, Garibaldi Dantas.
33. Tavares, Viviane. Privatização, avante. *Poli; 6(35): 17-19, jul.-ago.2014. ilus.*
34. Romano, Cátia Maria Costa; Scatena, João Henrique Gurtler. A relação público-privada no SUS: um olhar sobre a assistência ambulatorial de média e alta complexidade na região de saúde da Baixada Cuiabana em Mato Grosso. *Rev. adm. pública; 48(2): 439-458, 2014.*
35. Travassos, Claudia. A comercialização do cuidado de saúde. *Cad. saúde pública; 29(5): 841-843, Mai. 2013.*
36. Paulus Júnior, Aylton. Alocação de recursos condicionada ao desempenho de prestadores de serviços de saúde: o caso das contratualizações de hospitais por uma Secretaria Municipal de Saúde no Brasil. *Rio de Janeiro; s.n; 2013. 153 p. tab.* Tese em Português | LILACS | ID: lil-695524 .Apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca para obtenção do grau de Doutor. Orientador: Ugá, Maria Alicia Dominguez.
37. Borges, Fabiano Tonaco. Desafios e perspectivas do Sistema Único de Saúde (SUS) diante do Neoliberalismo. *Araçatuba; s.n; 2012. 183 p. tab.* Tese em Português | LILACS, BBO - Odontologia | ID: biblio-866768. Apresentada a Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Odontologia de Araçatuba para obtenção do grau de Doutor. Orientador: Garbin, Cléa Adas Saliba.
38. Borges, Fabiano Tonaco; Garbin, Cléa Adas Saliba; Moimaz, Suzely Adas Saliba; Siqueira, Carlos Eduardo. Anatomia da privatização neoliberal do Sistema Único de Saúde: o papel das organizações sociais de saúde. *São Paulo; Cultura Acadêmica; 2012. 159 p.*
39. Mendes, Áquilas. Gestão pública e relação público-privado na Saúde. *Ciênc. Saúde Colet; 16(4): 2347-2350, abr. 2011. Ilus.*
40. Ocké-Reis, Carlos Octávio; Sophia, Daniela Carvalho Uma crítica à privatização do sistema de saúde brasileiro: pela constituição de um modelo de proteção social público de atenção à saúde. *Saúde debate; 33(81): 72-79, jan.-abr. 2009.*

41. Amadigi, Felipa Rafaela; Albuquerque, Gelson Luiz de; Gonçalves, Evelise Ribeiro; Erdmann, Alacoque Lorenzini. A relação público-privado na saúde brasileira: refletindoeticamente sobre os impasses e tendências para o sus. *Ciênc. cuid. saúde*; 6(4): 508-513, out.-dez. 2007.
42. Duarte, Ivomar Gomes; Botazzo, Carlos. Gestão de pessoas nas Organizações Sociais de Saúde: algumas observações. *Rev. adm. saúde*; 11(45): 161-168, out.-dez 2009.
43. Barata, Luiz Roberto Barradas; Mendes, José Dínio Vaz. Organizações Sociais de Saúde: a experiência exitosa de gestão pública de saúde do Estado de São Paulo. *São Paulo; s.n; jul. 2007. [16] p. tab.*
44. Carneiro Junior, Nivaldo; Elias, Paulo Eduardo Mangeon. Controle público e eqüidade no acesso a hospitais sob gestão pública não estatal. *Rev Saude Publica*; 40(5): 914-920, out. 2006.
45. Mendes, Áquilas. A saúde pública brasileira no contexto da crise do estado ou do capitalismo? *Saúde Soc*; 24(supl.1): 66-81, Apr-Jun/2015. graf .
46. BARRETO, Fábio Lisboa; SOUZA, Cristiano Costa de; LUEDY, Almerinda; MENDES, Vera Lúcia Peixoto Santos; TAHARA, Ângela Tamiko Sato. Processo de gestão hospitalar em parceria público-privada. *Rev. baiana saúde pública*; 40 (2016)(Supl. 1 UFBA): <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2016.v40.n0.a2672>, Set. 2017.
47. Carneiro Junior, Nivaldo; Nascimento, Vânia Barbosa do; Costa, Ieda Maria Cabral. Relação entre Público e Privado na Atenção Primária à Saúde: considerações preliminares. *Saúde Soc*; 20(4): 971-979, out.-dez. 2011.
48. Machado, Cristiani Vieira. O SUS e a privatização: tensões e possibilidades para a universalidade e o direito à saúde. Machado, Cristiani Vieira. *Cad Saude Publica*; 34(7): e00116218, 2018 08 06.