



Universidade de Brasília
Faculdade de Administração, Contabilidade e Economia
Departamento de Administração

RAFAEL FREITAS CRISPIM

**ACUMULAÇÃO POR DESPOSSessão NA SAÚDE PÚBLICA
BRASILEIRA**

Brasília – DF

2015

RAFAEL FREITAS CRISPIM

**ACUMULAÇÃO POR DESPOSSessão NA SAÚDE PÚBLICA
BRASILEIRA**

Monografia apresentada à Universidade de Brasília
(UnB) como requisito parcial para obtenção do grau
de Bacharel em Administração.

Professor Orientador: Professor Doutor Daniel Bin

Brasília – DF

2015

Crispim, Rafael Freitas.

Acumulação por despossessão na saúde pública brasileira / Rafael Freitas Crispim. – Brasília, 2015.

50 f. : il.

Monografia (bacharelado) – Universidade de Brasília, Departamento de Administração

Orientador: Prof. Dr. Daniel Bin, Departamento de Gestão de Políticas Públicas.

1. Participação da iniciativa privada na saúde brasileira. 2. Tendências da saúde brasileira. 3. Responsabilidade Constitucional do Estado.

RAFAEL FREITAS CRISPIM

DESPOSSESSÃO NA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

A Comissão Examinadora, abaixo identificada, aprova o Trabalho de Conclusão do Curso de Administração da Universidade de Brasília do aluno

Rafael Freitas Crispim

Dr. Daniel Bin
Professor-Orientador

Dr. Adalmir de Oliveira Gomes,
Professor-Examinador

Dr. Diego Mota Vieira
Professor-Examinador

Brasília, 4 de Dezembro de 2015.

AGRADECIMENTOS

Ao professor Daniel Bin, que sempre se mostrou solícito, orientando-me com a maior competência, dedicação e presteza. Todo o meu respeito e simpatia.

Aos demais professores do Departamento de Administração pela paciência e acompanhamento nessa longa caminhada.

Aos meus amigos, que sofreram e lutaram ao meu lado durante esses anos de curso, mas que nunca desistiram e me deram forças para continuar sonhando.

Mas quero agradecer principalmente aos meus pais, que sempre me apoiaram e deram todo o suporte necessário durante o curso e durante toda a vida.

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

“É o trabalhador solitário que dá o primeiro passo em um tópico; os detalhes podem ser trabalhados em equipe, mas a ideia original é devido ao esforço, pensamento e percepção de um indivíduo”

Alexander Fleming

RESUMO

Trabalho realizado com o propósito de analisar a saúde pública brasileira, com destaque para a saúde no Distrito Federal, no que diz respeito à atuação da iniciativa privada nesse segmento considerado responsabilidade constitucional do Estado, bem como os resultados dessa transferência de responsabilidade com a privatização/terceirização desse serviço social, dando ensejo à acumulação por despossessão. A partir de um estudo descritivo, conceitual e histórico do capitalismo e suas várias adaptações às realidades do mercado e formas de acumulação de capital, tenta-se compreender se há a tendência Estatal em diminuir a sua participação, num posicionamento neoliberal que contribui para o fortalecimento da iniciativa privada nesse setor. Apresenta as tendências da saúde pública brasileira desde 1964, passando pela crise de 1970 e pela Reforma Sanitária que se consolidou na Constituição de 1988, com a criação do SUS, um sistema universal e integral que define a participação da União e Entes da Federação na oferta globalizada dos serviços de saúde. Traz a lume os gastos do Estado com a saúde pública, a participação da iniciativa privada, as políticas sociais como serviços não exclusivos e dados sobre a terceirização no Distrito Federal que podem culminar no acúmulo de capital por despossessão, uma vez que desempenham importante papel na reunião do poder inicial do dinheiro. As organizações sociais e fundações de apoio surgem então como gestoras e fornecedoras de recursos humanos, elevando o número de participação privada na oferta de serviço de saúde. Finalmente, após a exposição de todas as nuances da participação complementar da iniciativa privada na atividade de saúde, são feitas as considerações finais, demonstrando que o Estado tem cedido aos interesses do mercado de capital, subsidiando empresas particulares que visam ao lucro sem que isso necessariamente signifique ampliação dos serviços de saúde para a população.

Palavras-chave: Saúde. Acumulação de capital. Despossessão. Privatização. Terceirização.

ABSTRACT

Work done with the purpose of analyzing the Brazilian public healthcare, with emphasis on Federal District, with regard to the role of private enterprise in this segment considered constitutional responsibility of the State as well as the results of this transfer of responsibility to privatization/outsourcing of this social service, giving rise to the accumulation by dispossession. From a descriptive study, conceptual and historical capitalism and its various adaptations to the realities of the market and capital accumulation the author tries to understand the State tendency on decreasing their participation in a neoliberal position that contributes to the strengthening of the private sector in this sector. It presents trends in public health in Brazil since 1964, through the crisis 70 and the Health Reform which was consolidated in the Constitution of 88, with the creation of SUS, a universal and comprehensive system that defines the participation of the Union and Federation loved on offer globalized health services. Brings to light the expenses, the participation of the private sector, social policies as exclusive services and data on outsourcing in the Federal District that may lead to capital accumulation by dispossession, as they play an important role in meeting the initial power of money. Social organizations and foundations support then arise as managers and providers of human resources, bringing the number of private participation in the provision of health service. Finally, after the exposure of all the nuances of complementary participation of private enterprise in health activity are made the closing remarks, showing that the state has ceded to the capital market interests, subsidizing private companies seeking to profit, without necessarily means expansion of healthcare services to the population

Keywords: Healthcare. Capital accumulation. Dispossession. Privatization. Outsourcing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Diário Oficial do Distrito Federal.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS- Ações Integradas de Saúde

ANS- Agência Nacional da Saúde

Art. - Artigo

BID- Banco Interamericano de Desenvolvimento

CF- Constituição Federal

CFM- Conselho Federal de Medicina

DF- Distrito Federal

Ebserh- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

HUB- Hospital Universitário de Brasília

IBGE- Instituto de Geografia e Estatística

MPC/DF- Ministério Público de Contas do Distrito Federal

MPDFT- Ministério Público do Distrito Federal e Territórios

MS- Ministério da Saúde

OCDE- Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OS's- Organizações Sociais

OSCIP- Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

OMS- Organização Mundial da Saúde

ONU- Organização das Nações Unidas

SUS- Sistema único de Saúde

US\$- Dólar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	OBJETIVOS.....	13
2.1	OBJETIVO GERAL.....	14
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
3	MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA.....	14
4	REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
4.1	EVOLUÇÃO HISTÓRICA.....	18
4.2	ACUMULAÇÃO PRIMITIVA.....	21
4.3	A ACUMULAÇÃO DO CAPITAL POR DESPOSSESSÃO.....	22
5	A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....	24
5.1	A RESPONSABILIDADE CONSTITUCIONAL DO ESTADO.....	24
5.2	TENDÊNCIAS ATUAIS DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA.....	26
5.3	PANORAMA NACIONAL DOS GASTOS E OFERTA GLOBALIZADA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....	29
5.4	A PARTICIPAÇÃO PRIVADA NA SAÚDE.....	31
6	RESULTADOS.....	35
6.1	A PARTICIPAÇÃO MENOR DO ESTADO E CONSEQUENTE AFASTAMENTO DAS RESPONSABILIDADES SOCIAIS COMO POLÍTICA NEOLIBERAL.....	35
6.2	AS POLÍTICAS SOCIAIS COMO SERVIÇOS NÃO EXCLUSIVOS.....	37
6.3	DADOS ACERCA DA TERCEIRIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL.....	38
6.4	A DESPOSSESSÃO POR TERCEIRIZAÇÃO E PRIVATIZAÇÃO E CONSEQUÊNCIAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	41
7	CONCLUSÃO.....	43
8	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa buscou analisar os caminhos trilhados no país, sob a influência do capitalismo neoliberal, até o surgimento de iniciativas voltadas para a terceirização da saúde pública brasileira, o que caracteriza aquilo que David Harvey chama de acumulação por despossessão, com suas vantagens e críticas. Buscou-se, antes de tudo, discutir a importância de garantir saúde para todos aliada à ideia da necessidade quase premente de terceirizar setores valiosos sob a égide do melhor desempenho, como forma de se adaptar à modernização por que passa o país, que exige cada vez mais celeridade e eficiência nos atendimentos a um custo cada vez menor.

Tomando como um conceito de acumulação por despossessão a representação de um conjunto de ativos, juntamente com a força de trabalho a um preço muito baixo para atribuir-lhe mais adiante um uso lucrativo, e sabendo que a despossessão era entendida como a incorporação de novos lugares ainda não explorados pelo capitalismo, como fica explícito em tópico próprio na pesquisa, tentamos associar esses conceitos com a saúde pública brasileira.

Nesse sentido, a terceirização da saúde por despossessão é entendida como a perda ou redução do direito universal, equitativo e igualitário em relação à saúde, garantido constitucionalmente, e pode acarretar no problema de ampliação da exploração da força de trabalho, assim como na exclusão de determinados grupos sociais que não se enquadram no perfil dos atendidos. Isso levou ao que Harvey (2003 p. 131) diz ser a “radical transformação do padrão dominante de relações sociais e a uma redistribuição de ativos que favoreceu cada vez mais antes as classes altas do que as baixas.”

Para compreender todas essas questões que circundam a terceirização e o capitalismo, primeiramente se faz necessário um estudo das origens deste e de como essa ideia de despossessão tomou proporções mundiais com influência na vida de quase toda a população do planeta. De como a acumulação primitiva, que deu origem ao capitalismo — o qual ampliou a acumulação a partir da Revolução Industrial — pode contribuir com o quadro atual, em que de um lado se tem a concentração das riquezas nas mãos de seletos grupos e, de outro, aqueles que só podem ofertar o trabalho.

É sabido que a acumulação pela despossessão, de que trata o geógrafo britânico David Harvey, resulta em perda gradativa ou incapacidade para o consumo, além da fragilização do Estado na sua capacidade de criar infraestrutura social e distribuição de renda. Contribui

significativamente para a concentração de renda e do poder que tem o dinheiro no controle do Estado, bem como dos trabalhadores.

Toda a análise, centrada no capital e seu poder controlador, teve por objetivo compreender como um serviço essencial à população e, *a priori*, uma obrigação do Estado pode ser tomado por idealismo capitalista. Trata-se dos serviços de saúde, que é um dos direitos fundamentais do cidadão, garantido no artigo 6º da Constituição Federal de 1988 e com execução voltada a políticas para proteção e promoção da saúde no Brasil determinada nos artigos 196 a 200 da Carta Magna.

A pesquisa também traz à baila os projetos descentralizadores mais importantes desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, as dificuldades encontradas na estruturação e no atendimento eficaz pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e como essa ineficiência contribui para a ampliação da terceirização. Avalia mais amiúde o papel da iniciativa privada, sua participação na prestação dos serviços de saúde e sua influência, com destaque à oferta dos serviços, sob a perspectiva do mercado, tanto em relação à mão de obra, quanto aos grupos sociais a quem os serviços podem ser prestados.

A terceirização por despossessão da saúde brasileira representa a participação cada vez menor do Estado e o conseqüente afastamento das responsabilidades sociais como política neoliberal, que considera as políticas sociais como atividades não exclusivas do Estado e, portanto, passíveis de terceirização. Outro ponto importante trata-se dos dados acerca da terceirização nas atividades meio e fim dos serviços de saúde em Brasília, de acordo com os dados do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Por fim, a despossessão e suas conseqüências nos serviços de saúde, e o acesso da população a esses serviços em gestão terceirizada são analisados para tentarmos responder à seguinte pergunta: a acumulação por despossessão interfere, e em caso positivo, como interfere, na gestão da saúde pública no Brasil?

2 OBJETIVOS

Para atingirmos a meta da pesquisa, são necessários alguns objetivos de pesquisa. Esse capítulo trata desse tema. O objetivo geral é o mais amplo, com meta de longo alcance. Os objetivos específicos são metas para se atingir o objetivo geral.

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a terceirização por despossessão na saúde brasileira e suas consequências decorrentes da influência capitalista na prestação de serviços de saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar a responsabilidade do Estado brasileiro nos direitos sociais conforme a Constituição;
- Identificar as influências de mercado na oferta de serviços sociais;
- Discutir a relação entre redução da participação do Estado nas responsabilidades sociais e política neoliberal.

3 MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA

A pesquisa foi descritiva, com ênfase numa abordagem histórica e atualizada do capitalismo, com destaque nos dias atuais às vertentes da privatização de serviços tidos como de caráter social e às ideias neoliberais do Estado que acabam por fomentar maior participação da iniciativa privada nos serviços de saúde pública do Brasil.

Influenciado pelos estudos de Harvey, a pesquisa desenvolveu-se no sentido de analisar a acumulação de capital no que diz respeito ao uso do lucro para gerar mais lucro, bem como a procura por novos setores, como os sociais, para a ampliação da atuação do capital. Em contrapartida o Estado mínimo, que subsidia ideologicamente o projeto político neoliberal, passa a ser defendido como o caminho eficaz para a solução da má gestão dos serviços públicos, notadamente relativos à saúde.

Levando em consideração esses mesmos estudos, a pesquisa buscou olhar criticamente para um processo que está tomando dimensões e proporções crescentes de transferência de serviços públicos para a iniciativa privada, cujo efeito pode ser mais ampliar a margem de lucro desse setor do que incentivar a melhoria do serviço em si.

Outro motivo que levou à realização da pesquisa foi a baixa incidência de estudos na área da administração sobre esse tema, onde os que foram encontrados geralmente abordavam

o assunto sob a ótica do empresário, do administrador da iniciativa privada, e não do usuário de saúde ou administrador público, o que causou preocupação. Foram analisadas as diversas perspectivas da influência capitalista nas terceirizações por despossessão da saúde, utilizando para esse fim, as publicações relativas aos temas de autores brasileiros e estrangeiros de diversas áreas do conhecimento.

Os autores e obras, que serviram de base para a pesquisa, tratam do desenvolvimento do capitalismo, da saúde pública brasileira, das formas de acúmulo de capital, do neoliberalismo, dos direitos fundamentais previstos na Constituição brasileira, entre outras publicações em livros ou obras do mesmo gênero, que se fazem imprescindíveis ao deslinde do tema aqui proposto, e que, por meio das teorias publicadas contribuem para ampliar o conhecimento sobre a matéria, bem como serviram como instrumento que auxiliou na construção e fundamentação das hipóteses levantadas.

Também foram coletados dados fornecidos pelo Ministério da Saúde, bem como da Secretaria de Saúde do Distrito Federal concernente à destinação de recursos à iniciativa privada e SUS; projetos de lei em trâmite que visem à terceirização de atividade-fim dos serviços de saúde, demonstrando a intenção do Estado de ampliar a participação da iniciativa privada em detrimento da população e dos trabalhadores. Para esse fim serão utilizados sites oficiais de órgãos que disponibilizam dados acerca dos recursos e sua aplicação, como também de projetos em andamento nas esferas federal e distrital.

A partir da base teórica e dos dados levantados foi realizada análise, com emissão do ponto de vista do autor sobre a despossessão da saúde pública brasileira e do Distrito Federal.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

O tema abordado nesta pesquisa, intitulada: “Acumulação por despossessão na saúde pública brasileira”, encontra guarita na origem do capitalismo e sua evolução histórica, como bem afirma (SINGER, 1987, p. 7): “Capitalismo é um sistema socioeconômico em que os meios de produção são propriedades privadas de uma classe social em contraposição à outra classe de trabalhadores não proprietários”.

Nas sociedades medievais a economia ocorria por intermédio da troca simples. Mais adiante, no século XIV vê-se o feudalismo em crise, em decorrência do aumento das transações monetárias e a desintegração da estrutura feudal. Esse aprofundamento das

contradições internas e o desenvolvimento do capitalismo mercantil, a partir da primeira metade do século XV, tornam o sistema de trocas mais complexo, visto que o homem passou a buscar a acumulação de riquezas e o lucro.

O capital mercantil amplia o seu domínio, fazendo surgir o proletário e com ele uma nova estrutura social, que Marx, em sua obra, *O Capital*, identifica nos operários modernos o conjunto social que representa o proletariado.

Engels (1998, p. 46) define o proletariado unicamente em termos da não propriedade dos meios de produção, isto é, quase como sinônimo de assalariado. Afirma tratar-se de a “classe dos assalariados modernos que, não tendo meios próprios de produção, são obrigados a vender sua força de trabalho para sobreviver”. É o impulso à expansão capitalista, tratado por Marx e Engels já no *Manifesto Comunista*, que já se mostrava crescente no plano internacional por sua necessidade contínua de incorporar novos territórios. É o capitalismo em escala global.

David Harvey ao tratar do capitalismo e da acumulação por despossessão mostra a adequação do capitalismo às transformações que o neoliberalismo impôs a ele, hoje, pela via das privatizações das empresas públicas, em que há clara mercantilização dos serviços.

Andreazzi (2014), ao analisar as relações público-privadas do setor de saúde brasileiro na década de 90, afirma que ocorre um processo notável de concentração, fusões e aquisições concomitante à abertura de capital de empresas de seguro e serviços de saúde privados no país, criando conglomerados na área da saúde.

Com um foco em viabilizar as medidas de ajuste e atenuar suas consequências sociais, as reformas de saúde procuraram promover a criação de um mercado de seguros privados, propiciando ao Estado voltar sua atenção aos pobres.

Em documento, o Banco Mundial (2007) defendeu a ideia de que as “principais deficiências que afetariam a qualidade do cuidado nos hospitais públicos brasileiros estavam relacionadas às áreas de suprimento de medicamentos, de gestão das pessoas e de equipamentos e insumos médicos”.

A contrarreforma neoliberal do Estado propõe terceirizar, isto é, deixar entidades de direito privado, porém com interesse público e social, gerirem certas áreas da saúde. Iammamoto (2006) diz que isso pode levar a um quadro de segmentação e seletividade no atendimento, priorizando certos grupos sociais.

Estudos comprovaram que as Organizações Sociais terceirizam os serviços, contratando empresas privadas para atuar em hospitais públicos. Isso seria uma quarteirização de serviço e daria vantagens para um grupo de empresas ligadas às Organizações Sociais.

Os serviços de saúde como área de expansão do capital exemplificam a tendência já identificada por Marx de penetração de relações capitalistas de produção em todas as esferas da produção material, em que anteriormente existiam relações artesanais ou nas quais a caridade ou o Estado imperavam. Na conjuntura de crise, tais serviços podem se tornar campo de existência de contratendências à crise geral do capitalismo, quando se recomenda a privatização do Estado para que eles se tornem objeto de valorização. Seria o que se pode chamar de Acumulação primitiva de capital.

A autora Elida Graziane Pinto (2000), afirma que a Lei n.º 9637/98 fala em publicizar, com o advento das organizações sociais, a saúde, a educação, a cultura, a produção científica e tecnológica, e a preservação do meio ambiente. Consequência disso é que, a título de resolver tal problemática, numa reforma minimalista do Estado, tem-se um instituto jurídico altamente flexível às conveniências, do que a autora chamaria, de uma privatização dissimulada.

Acrescenta ainda que, se a atuação em setores que antes eram exclusivos do Estado passa a ser gerenciada pela iniciativa privada por meio de Organizações Sociais, então a privatização começa a ganhar legitimidade.

De acordo com os termos da Lei n.º 9.637/98, em seu artigo primeiro, tem-se:

Art.1º- O Poder Executivo poderá qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, atendidos aos requisitos previstos nesta Lei.

Na literatura empresarial, Maria Angélica Borges dos Santos (2012), diz que a terceirização é tratada como a criação de valor para uma organização pela incorporação de produtos ou serviços que ela mesma poderia produzir, mas cuja produção é delegada a um terceiro. O diferencial do conceito de terceirização é que, utilizada a estrutura já existente e realizados os investimentos necessários, existiria a opção de produzir internamente o produto ou serviço. Se esse não for o caso, não fica caracterizada a terceirização.

Para ela, a ideia trazida pelo mercado seria adotar a terceirização para se tornar mais eficiente nas áreas que são mais competentes ou que dizem respeito ao objetivo do Estado, e delegar outras áreas a quem possa ter mais experiência ou oferecer um produto ou serviço melhor para a população. O objetivo seria diminuir custos no orçamento do Estado, que seria o principal ator de despossessão.

Segundo o New Public Management (NPM), a contratação de prestadores privados concorre para concentrar o foco do governo na mensuração dos resultados, aumentando a autonomia gerencial e a eficiência e efetividade dos serviços mediante a competição e beneficiando-se, para esse fim, da *expertise* do setor privado.

Em consonância com a proposta de concentração das organizações em competências centrais, defendida na literatura empresarial, um dos focos doutrinários da Reforma Bresser era a separação das funções “típicas” de Estado de funções “não típicas” de Estado. Nessa nova conceituação, são definidas como funções típicas apenas as ligadas à diplomacia, às finanças públicas, à área jurídica e à carreira de gestores governamentais, podendo as demais não serem diretamente desenvolvidas por órgãos estatais, mas delegadas a terceiros.

Nos próximos capítulos será estudado o capitalismo, desde seu conceito e evolução histórica passando pela acumulação primitiva de capital, definindo o que é a acumulação por despossessão, além de tratar acerca do poder social do dinheiro como controle estatal numa escala global. A abordagem desses itens tem por finalidade compreender o mecanismo em torno da visão do capitalismo e sua influência social, em especial, na participação e ingerência na saúde brasileira.

4.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA

Segundo Maurice Dobb (1981, p. 11), o fato de o termo “capitalismo” ter sua circulação tão ampla na fala e na literatura histórica dos anos modernos faz com que não haja uma consonância quanto ao seu uso. Para ele, muitos economistas e historiadores se negam a determinar significado exato ao termo capitalismo enquanto nome de um determinado sistema econômico. Estes autores alegam que em todos os períodos da história são misturas complexas de elementos, seria, portanto, simplificação enganadora rotular qualquer período do processo histórico com um só título.

A palavra “capitalismo” tem sido usada num sentido meramente técnico, quando os economistas se referem ao uso dos chamados métodos de produção indiretos ou que encurtem o tempo e, em boa parte se ligou a uma visão particular da natureza do capital. Dobb (1981, p. 13): “Não diz respeito à modalidade de propriedade dos instrumentos de produção e se refere apenas à sua origem econômica e à medida de seu uso”.

O significado de capitalismo sugerido por Marx (1867), determina que ele não representava tão somente um sistema de produção para o mercado, mas um sistema sob o qual, “a própria capacidade de trabalho se tornara uma mercadoria”.

Assim, a definição moderna para o capitalismo enfatiza o aparecimento de um novo tipo de diferenciação entre o que se chamaria de capitalista e proletário, com atenção voltada ao produtor e capitalista compreendida pela relação entre patrão e assalariado.

A partir do século XVI, com o surgimento do mercantilismo, entram em decadência o feudalismo e a criação de um estado nacional. Nesse cenário surge o capitalismo, mas seu apogeu se dá a partir do século XVIII, em especial na Europa, trazendo em seu fundamento novas técnicas de produção, que mais adiante seria denominada de Revolução Industrial.

A característica fundamental do capitalismo é possuir um sistema de organização econômica inspirado na propriedade privada e dos meios de produção. (BRAGA, 2014, p. 11). Foram os antigos povos nômades quem desenvolveram o que hoje conhecemos por dinheiro, afirma Lafargue (2014):

Os povos nômades foram os primeiros a desenvolver a forma dinheiro, porque todos os seus bens e haveres se encontram sob forma de bens móveis, e, por conseguinte, imediatamente alienáveis. Além disso, seu gênero de vida os põe com frequência em contato com sociedades estrangeiras e os leva, por isso mesmo, a trocar seus produtos. Constantemente, os homens fazem do próprio homem, na pessoa do escravo, a matéria primitiva do seu dinheiro. Mas isso jamais aconteceu com o solo. Tal ideia só podia nascer numa sociedade burguesa já desenvolvida. Ela data do último terço do século XVII, e sua realização só veio a ser experimentada em larga escala, por uma nação inteira, um século mais tarde, na Revolução Francesa, em 1789.

Nas sociedades antigas, o dinheiro funcionava quase que exclusivamente como meio próprio para facilitar o comércio. Na sociedade moderna, entretanto, o dinheiro, a partir do século XVI, começou cada vez mais a se transformar em capital tal qual é na atualidade por conta do comércio e do mercado dos dois mundos desse século. O seu objetivo maior sempre é o lucro oriundo da produção e distribuição de investimentos. Lafargue (2014) mostra que :

Quando se estuda historicamente o capital, em suas origens, vamos encontrá-lo, por todos os lados, se confrontando com a propriedade imobiliária sob a forma de dinheiro, seja como fortuna em dinheiro, seja como capital comercial, seja como capital usurário. Hoje, como outrora, todo capital novo entra em cena, isto é, no mercado [...] sob a forma de dinheiro, dinheiro que deve transformar-se em capital por meio de processos especiais.

É a sociedade capitalista baseada na produção para inserir no mercado, por intermédio da comercialização. Aqueles intitulados capitalistas possuem liberdade para comprar tudo o que satisfaça seus anseios e, para os que não possuem bens lhes resta apenas o recurso de vender a capacidade de trabalho.

Com a expansão do capitalismo, surgiu a divisão entre burgueses e proletários; de um lado os primeiros que procuram maximizar os lucros com a aplicação de seu capital, minimizando o custo dos investimentos; de outro lado, o proletário que busca satisfazer suas necessidades.

Durante os séculos XVI e XVIII, com a expansão marítima na Europa, que buscava riquezas em outros solos, inicia-se um ciclo de exploração com objetivo de acúmulo de capital e enriquecimento.

Mais adiante, com a Revolução Industrial vivida na Inglaterra, o capitalismo se solidifica na Europa e outras regiões do mundo. Com a substituição da mão de obra artesanal por máquinas, a produção se fazia mais célere.

O capitalismo industrial encontra sua evolução no desenvolvimento tecnológico, bem como na construção de estradas de ferro, na navegação a vapor, na invenção do telégrafo, nos progressos da agricultura, na descoberta da eletricidade e do petróleo, na invenção de máquinas automáticas, entre tantas outras novas descobertas.

O crescimento mais vultoso do capitalismo se deu após a Segunda Guerra Mundial, visto que na Europa Ocidental, governos executaram reformas importantes para diminuir as desigualdades sociais e a pobreza (SCHMIDT, 2005). Era o surgimento do Estado do bem-estar que, no entanto, tinha o objetivo de estabilizar as relações sociais e permitir que o modo de acumulação seguisse sem os abalos como os das duas guerras mundiais, entre as quais viu-se a depressão dos anos 1930. Mas também o pacto keynesiano não se sustentou, e sinais de crise apareceram, tendo como resultado um deslocamento da atividade econômica da indústria para o mundo das finanças. Trata-se daquilo que muitos autores chamam de financeirização. Com ela, parcela cada vez mais significativa dos lucros e do capital, nos dias atuais, transita pelo sistema financeiro.

Adicione-se que, com a globalização foi possível às grandes empresas produzirem em muitas partes do mundo, reduzindo os custos, em especial com mão-de-obra. A informatização é outro fator que possibilita a circulação, bem como transferência de valores com rapidez.

4.2 ACUMULAÇÃO PRIMITIVA

Para se entender a acumulação primitiva de capital é necessário compreender a “mais-valia” de que trata Marx em sua obra *O capital*. Nesta obra, a mais-valia é definida como o resultado de um processo que começa no uso da força de trabalho útil para realizar valores de uso. O capital, segundo Marx, compra o valor de uso da força de trabalho para produzir além da coisa útil. Ele pretende que o valor final de uma mercadoria seja superior ao valor gasto em todas as mercadorias utilizadas para a produção. Esse valor é determinado pelo tempo necessário para produzir essa mercadoria. Marx acrescenta que “só o trabalho humano cria valor, as matérias e as matérias primas não criam, apenas o transferem quando são trabalhadas pelo homem”.

Em suma, para produzir mais-valia, o capitalista compra a força de trabalho, passa a ser detentor de uma mercadoria, adquirindo seu valor de uso e dando a essa mercadoria um valor superior ao que ela vale. Ou seja, a mais-valia surge do fato de o trabalhador trabalhar mais do que o socialmente necessário, e é este excedente não pago que o capitalista se apropria que se chama mais-valia. Se o processo de trabalho só durar até o ponto em que o valor da força de trabalho paga pelo capital é substituído por um novo equivalente, haverá simples produção de valor, quando ultrapassar este limite haverá produção de mais-valia. (MARX, 1867)

Marx (1867), para explicar a acumulação primitiva, se ateu à ideia de que dinheiro e mercadoria deveriam se transformar em capital. Para acontecer essa transformação deveria haver uma polarização em que de um lado estão o dinheiro, os meios de produção e os meios de subsistência e, de outro, há a força de trabalho. Na relação entre capitalistas e trabalhadores, os primeiros precisam obter essa força de trabalho, e os últimos necessitam vendê-la, como única opção para a sobrevivência. O trabalho agora visa o lucro que, diga-se de passagem, é do capitalista, que faz uso da força de trabalho alheia. Marx, explica ainda que esse movimento gira “num círculo vicioso, do qual só podemos sair supondo uma acumulação primitiva” (*previous accumulation* em A. Smith), precedente à acumulação capitalista, uma acumulação que não é resultado do modo de produção capitalista, mas sim seu ponto de partida.

Como se pode observar, a acumulação primitiva mostra que os capitalistas acumularam riquezas e os trabalhadores nada tinham para vender senão sua própria pele. Dessa relação tornaram-se inseparáveis o trabalhador, os meios de produção, o dinheiro e os

meios de subsistência, dando origem à acumulação de capital. Aqui é perceptível a divisão de classes sociais, uma dominante, a outra explorada.

O fim do feudalismo propiciou a liberdade da força de trabalho e a venda a qualquer um. Assim, o processo de acumulação de capital tem seu começo no próprio campo, a partir da mecanização e do êxodo dos trabalhadores para os grandes centros urbanos. Nesse sentido:

O que faz época na história da acumulação primitiva são todos os revolucionamentos que servem de alavanca à classe capitalista em formação; sobretudo, porém, todos os momentos em que grandes massas humanas são arrancadas súbita e violentamente de seus meios de subsistência e lançadas no mercado de trabalho como proletários livres como os pássaros. A expropriação da base fundiária do produtor rural, do camponês, forma a base de todo o processo. Sua história assume coloridos diferentes nos diferentes países e percorre as várias fases em sequência diversa e em diferentes épocas históricas. Apenas na Inglaterra, que, por isso, tomamos como exemplo, mostra-se em sua forma clássica. (MARX, 1867)

O trabalhador é visto como simples mercadoria, tanto é que, nos dias modernos, aquele que não oferta a força do trabalho, está, até certo ponto, à margem da sociedade. Ao se observar esse processo de acumulação de riquezas sob a visão do camponês, verifica-se que o capitalista substituiu o senhor feudal da época.

A acumulação de capital, de acordo com Marx (1867), “apoiava-se na expropriação violenta dos meios de produção, que punha excedentes de capital na mão de poucos, enquanto a maioria era forçada a se tornar trabalhador assalariado para viver”.

A acumulação primitiva, portanto, trata-se de um momento histórico onde os servos feudais foram expropriados de suas terras, ocupando um mercado de trabalho antes pequeno, conectado à indústria tecelã que surgia na Inglaterra. As terras, antes aráveis, iam sendo substituídas por pastagens de ovelhas, dando início aos chamados cercamentos. Isso mostra que a disponibilidade de capital precede o próprio sistema capitalista, que apenas transformou os produtores diretos em assalariados, separando o produtor dos meios de produção.

4.3 A ACUMULAÇÃO DO CAPITAL POR DESPOSSessão

Harvey, em sua obra *O enigma do capital*, lembra que uma grande dificuldade encontrada pelos capitalistas para o contínuo acúmulo de capital e a consolidação do poder de classe na década de 60 se deve ao trabalho, com a escassez de mão de obra na Europa e nos Estados Unidos. O capital, segundo o autor, “precisava de acesso a fontes de trabalho mais

baratas e mais dóceis. Houve uma série de maneiras para fazer isso. Uma delas foi estimular a imigração.”

No início, a despossessão era entendida como a incorporação de novos lugares que ainda não eram explorados pelo capitalismo, em especial, no universo colonial. No entanto, com a abertura de mercados cada vez maior e a globalização, foram necessárias novas medidas para garantir a acumulação de capitais, entre elas tem-se o capitalismo neoliberal, que consiste, basicamente, no aumento de privatizações de empresas e serviços estatais, dando ensejo, portanto, à acumulação por despossessão.

Outro aspecto a se observar refere-se aos serviços como saúde e educação, que antes o capital não tinha acesso, ou se tinha, era de forma indireta. Tais serviços passaram a ter mais abertura com a mercantilização de coisas anteriormente consideradas bens públicos.

Como os capitalistas buscam sempre produzir excedentes na forma de lucro, forçados pela concorrência, é preciso recapitalizar e investir parte desse excedente em expansão, o que exige encontrar novas maneiras de lucrar (HARVEY, 2011).

O britânico Angus Madison (2009), ao estudar sobre o acúmulo de capitais, concluiu que, em 1820, a produção total de bens equivalia a 694 bilhões de dólares, em 1913 tinha subido para 2,7 trilhões de dólares. Em 1973, para 16 trilhões de dólares de produção total de bens e serviços e, em 2009, já chegava à astronômica quantia de 56,2 trilhões de dólares, dos quais os EUA respondem por quase 13,9 trilhões. Entre economistas e imprensa existe um consenso de que para uma economia saudável devem os capitalistas obterem um lucro razoável, expandido em 3% ao ano; se menor o lucro, a economia é tida como lenta. Se a 1%, a linguagem de recessão e a crise estouram, pois o mundo capitalista estará sem lucro.

Esse excesso de capital excedente que precisa ser absorvido na produção de bens e serviços cada vez maiores, acaba por contribuir para a expansão da ideia de privatização, sob a alegação de que as empresas estatais são ineficientes e desengajadas por definição e, a única forma de melhorar seu desempenho, é passando para a iniciativa privada. Como as empresas não tinham para onde ir, a solução encontrada foi buscar novos locais para a aplicação do dinheiro excedente, daí serviços de utilidade pública como água, eletricidade, telecomunicações e transporte, além da habitação, educação e saúde, precisaram ser abertas para a iniciativa privada e a economia de mercado (HARVEY, 2011). O autor, ao falar sobre a acumulação por despossessão, diz que “mais e mais excedente criado ontem é convertido em capital novo hoje, mais e mais dinheiro investido hoje vem dos lucros obtidos ontem”. Mais adiante ele acrescenta que:

A “acumulação por despossessão” continua a desempenhar um papel na reunião do poder do dinheiro inicial. Meios tanto legais quanto ilegais [...] são implementados. Os meios legais incluem a privatização do que antes era considerado como recursos de propriedade comum (como a água e a educação), o uso do poder público para apreender bens, as práticas generalizadas de aquisições, as fusões e outros mecanismos similares que resultam no “desmembramento de ativos” e o cancelamento de obrigações de pensão e saúde, por exemplo, num processo de falência. As perdas de ativos que muitos têm experimentado durante a crise recente podem ser vistas como uma forma de despossessão, que pode ser transformada em mais acumulação na medida em que os especuladores compram os ativos mais baratos [...] para vendê-los com lucro quando o mercado melhorar. (HARVEY, 2011)

O que se pode concluir é que, em consonância com que define Harvey, a acumulação por despossessão representa a liberação de um conjunto de ativos, juntamente com a força de trabalho a um preço muito baixo, para atribuir-lhe mais adiante um uso lucrativo (HARVEY, 2003).

Já com relação à despossessão na saúde pública brasileira, essa se dá ao verificar-se a mercantilização de bens públicos por via das privatizações, após a abertura de novos espaços de acumulação, aos quais antes o capital não tinha acesso ou tinha de forma indireta.

Verifica-se que é o movimento próprio do avanço capitalista, em que é possível encontrar na saúde pública, nos dias atuais, um exemplo de como a acumulação por despossessão pode ocorrer em atividades sociais. Sobre esse tema, em especial, o presente trabalho objetiva debruçar-se, com vistas a compreender em que circunstâncias a saúde pública brasileira vem permitindo o poder dominante do capital.

5 A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Aqui serão abordados temas que se referem à responsabilidade do Estado prevista na Constituição brasileira acerca da Saúde Pública, bem como tratará da tendência da saúde pública brasileira nos dias atuais. Noutro ponto, será abordado o panorama nacional dos gastos e oferta globalizada de Saúde Pública no Brasil (SUS). Por fim, tratar-se-á sobre a participação privada na saúde do Brasil, com suas características e formas de apresentação.

5.1 A RESPONSABILIDADE CONSTITUCIONAL DO ESTADO

Tidos como direitos da segunda geração, dentre os direitos fundamentais do homem, estão os direitos sociais. Surgem do princípio da igualdade e, portanto, são direitos da coletividade. Por isso mesmo, requerem do Estado determinadas prestações. Encontram-se incorporados ao patrimônio comum da humanidade e são reconhecidos internacionalmente a partir da Declaração da Organização das Nações Unidas de 1948.

Na Constituição Federal de 1988, os direitos sociais estão previstos em capítulo próprio. Acerca disso, dispõe o artigo 6º: “São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”.

De acordo com o que ensina Jorge Miranda (2002), a Constituição Brasileira é um instrumento que pretende atingir determinada finalidade, que consiste na proteção dos indivíduos. Afirma o autor:

O Estado constitucional é o que entrega à Constituição o prosseguir a salvaguarda da liberdade e dos direitos dos cidadãos, depositando as virtualidades de melhoramento na observância dos seus preceitos, por ela ser a primeira garantia desses direitos.

Ademais, tem-se o artigo 196 da Constituição Federal de 1988 que afirma ser a saúde um direito de todos e um dever do Estado. É norma de eficácia plena, ou seja, produz a plenitude dos seus efeitos, pois é revestida de todos os elementos necessários à sua executoriedade, tornando possível sua aplicação de maneira direta, imediata e integral. O indivíduo pode exigir do Estado a sua prestação.

Desse modo, o Estado tem de recorrer a políticas públicas para concretizar o direito à saúde e devem ser pensadas e desenvolvidas pelo Ministério da Saúde e transmitidas aos demais estados federados. Não é rara a intervenção do Poder Judiciário para garantir a efetivação do direito à saúde, em virtude das falhas na oferta dos serviços.

Assim, a saúde é um direito de prestação positiva e, por isso, pode ser exigido do Estado, tanto pela via judicial, quanto administrativa. Para Sarlet e Figueiredo (2010), o direito à saúde pode ser incluído na classificação dos direitos fundamentais em dois pontos: direito de defesa e direito de prestação.

No concernente ao direito de defesa, tem a saúde a característica de um direito de proteção em que as políticas públicas deverão além de garantir, mantê-la; quanto à prestação de que falam os autores, trata-se na garantia de fruição do direito à saúde, isto é,

fornecimentos de condições em que esta possa se realizar, como medicamentos, exames, procedimentos cirúrgicos, entre outros (SANTOS, 2015).

É garantido, portanto, o atendimento universal ao povo. Nesse sentido, os Estados Federados fazem parte de um sistema único, mas com ações regionalizadas e integradas, como impõe o artigo 198 da Constituição Federal de 1988:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

O direito à saúde, portanto, é um direito fundamental, oponível contra o Estado, quer a União, quer os Entes da Federação, quer os municípios, quando estes deixarem de observar as normas constitucionais no tocante à saúde como direito fundamental e, conseqüentemente, colocarem em risco a preservação da vida e o respeito à dignidade humana.

5.2 TENDÊNCIAS ATUAIS DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

A partir de 1964, o Brasil relegou a segundo plano a saúde pública, dando mais atenção à assistência médica previdenciária. Cresceu a rede privada que atendia aos segurados, contribuindo significativamente para o aumento da participação das grandes multinacionais da área de equipamentos médicos e de medicamentos, além da própria rede privada de serviços (SOARES, 2010). A saúde, por intermédio do Estado, já se apresentava como um caminho estratégico de investimento de capital. A saúde era fundada na ideia curativa, voltada para os interesses privados.

A crise do início dos anos 1970, com a falência do padrão fordista de produção, método esse que consistia no aumento de produção através do aumento de eficiência e baixo preço do produto, resultando no aumento das vendas, não impediu as altas taxas inflacionárias e a redução do crescimento. Nesse cenário, o capital adotou novo padrão de produção, o toyotismo,¹ que consistia no “alto incremento tecnológico em sua produção, onde o

¹ O toyotismo é um sistema de produção industrial, surgido no Japão e difundido a partir da década de 1970. Caracterizou-se por flexibilizar a fabricação de mercadorias.

trabalhador passou a operar com várias máquinas ao mesmo tempo, tornando-se assim polivalente” (SANTOS, 2013).

A crise foi além das mudanças no setor produtivo, ela atingiu o setor ideológico e político com a incorporação de ideias neoliberais, uma vez que consideravam excessivo o poder dos movimentos sindicais que consumiam as bases de acumulação capitalista, ao reivindicarem melhores salários e pressionarem o Estado para o aumento de gastos sociais (ANDERSON, 1995).

Contrário a esses posicionamentos, surge o movimento de Reforma Sanitária, buscando uma ideia mais ampliada do sentido de saúde e objetivando romper essa racionalidade instrumental ao se tratar de políticas públicas de saúde. Os debates acerca da Reforma Sanitária entre os anos de 1970 e 1980, com a participação das organizações sindicais e populares lutavam pelo reconhecimento da saúde como algo de relevância social e, portanto, um direito do povo. Assim:

A convergência entre as mudanças teórico-conceituais acerca das concepções sobre as relações entre saúde, Estado e sociedade e as lutas pelas liberdades democráticas contra o regime militar confluíram para a formulação e tradução operacional da Reforma Sanitária Brasileira. O lema “saúde é democracia” embalou as proposições da Reforma Sanitária difundidas durante a preparação e realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. (BAHIA, 2015)

Com o intuito de universalização e acessibilidade da população aos serviços de saúde, em 1982, convênios firmados entre os Ministérios da Previdência Social, Saúde e Secretarias de Estado de Saúde, os quais posteriormente foram substituídos pelas Ações Integradas de Saúde – AIS, criaram a possibilidade de participação dos estados e, principalmente, municípios na política nacional de saúde (MARQUES, 2015).

A Reforma Sanitária alcança os propósitos na Constituição de 1988, com a constitucionalização do direito à saúde assegurada pelo Estado e criação do Sistema Único de Saúde (SUS), universal, equitativo, integral e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). Considerada um marco político e emancipatório, suas propostas “integravam um projeto mais amplo de defesa e luta pela democratização do Estado brasileiro.” (TEIXEIRA, 2014)

Os debates travados nos fóruns dos movimentos sociais e em espaços governamentais, a participação de sanitaristas no planejamento de instituições de saúde acerca do domínio dos

valores e interesses de mercado na assistência médica previdenciária, foram o alicerce na feitura das diretrizes do SUS (BAHIA, 2015).

A Constituição de 1988 definiu a gestão participativa entre a união e os entes da federação. Uma inovação. Mais adiante, com a Lei 8.080/90, que solidifica as orientações constitucionais, e a Lei 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na condução das questões da saúde, criando as conferências e os conselhos de saúde como instâncias colegiadas orientadoras e deliberativas (PAULUS e CORDONI, 2006).

Não se pode negar que a implantação do Sistema Único de Saúde foi de grande importância para o setor da saúde do brasileiro. Entretanto, tem-se nos dias atuais um sistema que não consegue funcionar seguindo os princípios que nortearam a sua criação.

Muitas são as dificuldades encontradas na oferta da saúde pública, entre as quais se destacam a precariedade na estrutura hospitalar, a falta de médicos em lugares distantes dos grandes centros e a demanda.

Segundo o Ministério da Saúde (DINIZ, 2015), para compreender a extensão do SUS, ele é tido como o “maior sistema público de transplantes de órgão do mundo, em 2013, respondeu por 98% do mercado de vacinas e por 97% dos procedimentos de quimioterapia, atendeu entre 2010 e 2012 mais de 32,8 milhões de procedimentos oncológicos”.

Com essa realidade e, diante do interesse do capital de investimento na área de serviços sociais, a saúde passou a ser mais ainda um espaço de lucratividade. O fato de estar intimamente ligada à proteção à vida aumenta consideravelmente as possibilidades de mercantilização capitalista, uma vez que, sem saúde, o indivíduo não consegue trabalhar para se sustentar e sustentar os seus.

Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em junho de 2015, o número de beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial chegou a 50,5 milhões, ultrapassando em quase vinte milhões o número de beneficiários em 2003, que era de 31,7 milhões (ANS, 2015).

Como ensina Teixeira (2014), a participação privada está longe de alcançar apenas e tão somente os planos e seguros de saúde:

A utilização do direito à saúde como objeto de mercantilização e privatização ultrapassa os meandros do mercado privado de planos e seguros de saúde. Há uma verdadeira rede de investimento do capital que percorre todo o processo de trabalho em saúde, dos mais variados tipos e modalidade: desde a indústria (...), organizações sociais, fundações estatais de direito privado, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, bolsa de valores, tendo em vista que na atualidade é considerável a participação das grandes empresas do setor nesse importante campo do capital portador de juros.

Desde a década de 80, segundo Bravo (2014), há um forte embate entre o projeto de reforma sanitária e o projeto de saúde privatista. Isso se dá porque a Reforma Sanitária conseguiu ser hegemônica e imprimir seus preceitos fundamentais. Mas na década de 90, com as necessidades do capital de ajuste estrutural e contrarreforma do Estado, o projeto privatista ganha força.

Teixeira (2014), ao analisar a saúde pública brasileira, afirma que:

Os novos modelos de gestão propostos desde o governo de Fernando Henrique (na forma de organizações sociais) e atualizados no governo Lula (com as fundações estatais de direito privado) e no governo Dilma (com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares-EBSSERH), constituem elementos fundamentais da racionalidade da contrarreforma da saúde.

Ora, é assim que cada vez mais se veem parcerias entre o público e privado, prevalecendo a participação privada, ainda que resista o projeto de reforma sanitária, com conquista de espaços novos, organização e luta da classe trabalhadora.

5.3 PANORAMA NACIONAL DOS GASTOS E OFERTA GLOBALIZADA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

De acordo com levantamento do Conselho Federal de Medicina (CFM), os valores que o Estado gasta com a saúde pública no país são insuficientes para satisfazer os anseios da sociedade. Segundo o CFM, gasta-se por pessoa R\$ 3,05 ao dia em saúde. Números de 2013 relativos aos gastos das esferas federal, estadual e municipal para fins de cobrir as despesas de mais de 200 milhões de brasileiros que usam o SUS. Para o CFM o valor está abaixo dos parâmetros internacionais e pior, representa apenas a metade do que gastaram os beneficiários de planos de saúde do Brasil no mesmo período.

Para se chegar a esse valor foram consideradas as despesas apresentadas pela Secretaria do Tesouro Nacional, do Ministério da Fazenda que, em 2013, nas três esferas do poder (federal, estadual e municipal) alcançaram o valor de R\$ 220,9 bilhões. Entre as despesas, incluem-se os pagamentos de funcionários e outras despesas de custeio.

Em análise da quantidade inferior ao necessário para a função saúde, o CFM entende que “a saúde pública no Brasil não é uma prioridade do governo”. Para ratificar os números apresentados pelo CFM, têm-se os dados da Organização Mundial da Saúde – OMS (Estatísticas Sanitárias 2014), indicando que o Governo do país tem participação aquém das suas necessidades e possibilidades no financiamento, “do grupo de países com modelos públicos de atendimento de acesso universal, o Brasil era, em 2011, o que tinha a menor participação do Estado (União, Estados e Municípios) no financiamento da saúde”.

A OMS faz um comparativo entre os gastos com saúde pública no Brasil e os gastos noutros países para concluir pela destinação insuficiente de recursos na saúde. No Brasil, em 2011, o gasto público em saúde alcançava US\$ 512 por pessoa; na Inglaterra, o investimento era cinco vezes maior: US\$ 3.031. Em outros países de sistema universal de saúde, a regra é a mesma. França, US\$ 3.813; Alemanha, US\$ 3.819; Canadá, US\$ 3.982; Espanha, US\$ 2.175; Austrália, US\$ 4.052 e até a Argentina, US\$ 576, aplica mais que o Brasil (OMS, 2014).

Para finalizar, o CFM afirma que, embora em alguns municípios exista aplicação de recursos maiores que em outros, ainda assim, esses valores não são suficientes para melhorar os indicadores da saúde local em relação às demais localidades. Como exemplo cita o Distrito Federal como líder no ranking estadual de gasto, R\$ 1.042,40 por pessoa ao ano e, por dia, R\$ 2,90. Mesmo assim possui o pior desempenho de cobertura populacional e pior taxa de leitos por habitantes no país, 0,7 leito para cada 800 habitantes (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2015).

Esses dados levam a concluir que as demandas para o sistema de saúde, geradas por fatores que impactam as condições de vida e saúde da população, estão longe de ser suportadas e acompanhadas pelo Estado. Pelo contrário, desde 1996, estudos já alegavam que o sistema de saúde precisava obter informações capazes de orientar os novos caminhos e acompanhamento da política de saúde no país.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde criou o REFORSUS (Reforço à Reorganização do SUS), um projeto financiado pelo BID (Banco Interamericano de Desenvolvimento) e Banco Mundial, que objetiva a promoção da qualidade da assistência, dos insumos e da gestão da rede de serviços de saúde, reduzindo custos e utilizando, de forma mais eficaz, os recursos públicos, bem como aumentar o grau de responsabilidade técnica e gerencial dos órgãos gestores e prestadores de serviços, além de promover a equidade (DATASUS, 2015). Assim, esse programa do Ministério da Saúde apoia programas que atuem no sentido de reduzir e/ou superar os principais problemas afetos à saúde da população.

Surgiu assim a parceria entre o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) e o Ministério da Saúde para a inclusão de pesquisa suplementar por amostras de domicílios no PNAD de 1998, com fins a obter informações populacionais acerca do consumo de saúde no país para fornecer dados capazes de contribuir para a formulação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas de saúde.

Concluiu-se com a pesquisa realizada que 31,6 % da população brasileira é portadora de pelo menos uma doença crônica, e que homens referem mais problemas de saúde do que as mulheres apenas nas idades mais jovens. A partir dos 14 anos de idade são as mulheres que passam a referir problemas de saúde com maior frequência. Outrossim, verificou-se que à medida em que aumenta a renda familiar, diminuem os problemas de saúde; que, em média 38,7 milhões de brasileiros são cobertos por pelo menos um plano de saúde. Destes, 29 milhões estão vinculados a planos de saúde privados (operadoras comerciais e empresas com plano de auto-gestão) e 9,7 milhões estão vinculados a planos de instituto ou instituição patronal de assistência ao servidor público civil e militar. A cobertura de planos de saúde é expressivamente maior (29,2%) nas áreas urbanas do que nas áreas rurais (5,8%) (IBGE, 2015).

Na verdade, os planos de saúde atuam gerando mais desigualdades sociais no acesso e na utilização dos serviços de saúde, pois eles cobrem uma parcela determinada da população, justamente a de maior renda e, conseqüentemente, que são avaliados com estado de saúde entre muito bom ou bom.

Com relação à procura por serviços de saúde nos quinze dias que antecederam à pesquisa, estimou-se em 20,5 milhões de pessoas, ou seja, 13% da população do País buscaram atendimento. Desse total, 49,3% (9,9 milhões) dos atendimentos foram realizados pelo SUS e 15,8% do total de pessoas atendidas pagou algum valor em dinheiro. Outro aspecto interessante é que dos 11 milhões de pessoas que tiveram uma ou mais internações hospitalares, no ano antecedente à pesquisa, e considerando a última internação ocorrida, 63,1% foram realizadas através do Sistema Único de Saúde – SUS (IBGE, 2015).

5.4 A PARTICIPAÇÃO PRIVADA NA SAÚDE

No Brasil, a população tem em mente que o serviço de saúde é uma obrigação do Estado e que, portanto, deve ser por ele ofertado. Essa ideia ficou mais internalizada com o advento da Constituição de 1988, em especial em seus artigos 196 e 198, já citados.

Entretanto, para que o Estado possa garantir a prestação dos serviços de saúde à população, em caráter complementar, nos artigos 197 e 199 da Constituição Federal, está previsto:

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Como se pode observar, o texto constitucional é claro quanto à complementaridade da participação da iniciativa privada na saúde, desde que de forma consensual, afastando a ideia de que a participação privada tenha por objeto o próprio serviço de saúde como um todo, assumindo a gestão de determinado serviço.

Assim sendo, não há como o poder público transferir toda a administração e execução prestadas por um hospital público ou mesmo posto de saúde à iniciativa privada. Na verdade, é possível transferir à iniciativa privada as atividades de meio, como limpeza, contabilidade, exames laboratoriais e serviços técnicos especializados, entre outros. Compreende-se, portanto, ser tolerável por parte da Constituição a participação privada quando e enquanto o poder público não disponibilizar do serviço.

Muito se tem discutido a respeito desta complementariedade da participação da iniciativa privada na prestação de serviços de saúde, mas o caminho tem mostrado que o entendimento gira em torno da participação cada vez maior da iniciativa privada de forma complementar às atividades de competência do SUS, as quais podem ser integralmente executadas por terceiros. Significa dizer que, em consonância com o artigo 197 da CF, não existiria óbice algum à participação da iniciativa privada na prestação de serviços. A complementariedade então abarcaria todas as atividades relativas aos serviços de saúde, desde a prevenção até a promoção e recuperação da saúde.

Segundo Mânica (2009), a convivência entre a prestação pública e os seguros privados de saúde, de acordo com a OCDE (*Proposal for a taxonomy of health insurance*. Paris, 2004) podem ocorrer de forma primária, complementar, duplicada e suplementar.

A forma primária é o modelo em que a única opção disponível ao acesso à saúde são os seguros privados que se subdividem em: a) substitutivo, quando existe o atendimento público, mas o cidadão opta pelo privado, como exemplo, tem a Alemanha; b) principal, quando não existe cobertura pública ou ela não alcança todos os grupos sociais, como exemplo tem-se os Estados Unidos.

A forma complementar, de acordo com o referido autor, é quando no âmbito público a cobertura não oferece cobertura integral pelos serviços de saúde, de modo que a pessoa tem a opção de contratar seguros privados para pagar a diferença, como exemplo tem-se a França.

Já a forma duplicada ocorre quando os seguros privados ofertam serviços também prestados no âmbito público, dando à pessoa a opção de escolher. É o modelo do Brasil.

A forma suplementar ocorre quando os serviços no âmbito público são delimitados e os seguros de saúde são contratados para oferecer serviços não disponibilizados no âmbito público. Isso ocorre, por exemplo, na Espanha e na Inglaterra.

A Lei 8.080/90 dispõe no artigo 4º, ao tratar da participação privada nos serviços de saúde, que esta deve ser complementar. No entanto, mais adiante, no artigo 24 da referida Lei, existe a previsão de em caso de insuficiência na garantia de cobertura assistencial de determinada área, o SUS poderá recorrer aos serviços da iniciativa privada.

Essa celeuma entre a complementariedade prevista constitucionalmente e a subsidiariedade compreendida pelo SUS no referido artigo se dá em virtude, muitas vezes, da falta de recursos suficientes para atender um sistema universal, gratuito e público; da falta de delimitação de um determinado grupo de pessoas a serem atendidas pelo SUS e; da não delimitação dos serviços públicos e gratuitos (MÂNICA, 2009).

Para a pesquisadora Célia Almeida (2011) “o sistema de saúde brasileiro é uma intrincada rede pública e privada, na qual o setor público subsidia o privado, o que segundo Harvey (2003) é um tipo de despossessão, ao mesmo tempo em que investe pouco no setor como um todo”.

A expansão do setor privado de saúde muito tem a ver com os incentivos governamentais, segundo afirma o economista Carlos Octávio Ocké-Reis,² pois o Estado

² Técnico de Planejamento e Pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), no livro SUS: O desafio de ser único (Editora Fiocruz, 2012), lançado em junho na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz).

financia o privado “quando abre mão de parte dos impostos e das contribuições sociais relativos a gastos com saúde que deveriam ser pagos por famílias, empregadores, indústria farmacêutica e hospitais filantrópicos” (DOMINGUEZ, 2012).

As deduções, isenções e outros benefícios fiscais são considerados *a priori* como despesas indiretas do governo, chamados de gastos tributários.

Nesse diapasão, somente em 2003, o gasto tributário em saúde foi de R\$ 7,1 bilhões. “Nessa conta, estão os recursos que o Estado deixou de recolher no setor a partir das desonerações do Imposto de Renda de Pessoa Física, do Imposto de Renda de Pessoa Jurídica, da indústria farmacêutica e de hospitais filantrópicos” (DOMINGUEZ, 2012). Mais, os “gastos com planos de saúde foram os que mais pesaram: entre 2003 e 2011, respondiam por 40% ou mais do gasto tributário em saúde; em 2011, atingiram quase 50%, envolvendo cerca de R\$ 7,7 bilhões dos R\$ 15,8 bilhões”.

Todos esses gastos representam a importância que tem o Estado na sustentação econômica da saúde privada, favorecendo o crescimento do sistema privado, em especial, dos planos de saúde e de serviços médico-hospitalares.

Segundo afirma a professora do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) Fatima Siliansky:

É preciso entender que o SUS não está descolado do modelo de desenvolvimento brasileiro, de “capitalismo associado”, em que a classe dominante dá as cartas, acumula capital político e financeiro, financia grupos de poder e comanda o mercado da saúde, sob a dependência dos subsídios e demandando cada vez mais desonerações e formas de apoio. (DOMINGUEZ, 2012)

O certo é que diante dessa realidade, o comércio internacional em serviços de saúde tem crescido substancialmente no Brasil, com a precarização do SUS e, conseqüentemente, a geração de um mercado de gestão e fornecimento de recursos humanos via organizações sociais e fundações de apoio que só elevam o número de participação privada na oferta de serviço de saúde.

Por outro lado, mais grave ainda é saber que o SUS virou um sistema compensatório, isto é, só assume aquilo que não é interessante nem lucrativo para o mercado privado. A saúde, antes vista como um direito de todos, a ser financiado e garantido pelo Estado, com as dificuldades orçamentárias e o aumento dos custos, sofre uma redução do papel dos governos e abre espaço para o setor privado. As justificativas para aceitar a participação cada vez maior

da iniciativa privada encontram-se no financiamento insuficiente, na falta de boa gestão e no falho sistema de controle.

6 RESULTADOS

Neste último capítulo, o tema girará acerca dos resultados obtidos com o levantamento de dados sobre a despossessão da saúde como consequência de iniciativas que visam a participação menor do Estado, inclusive em políticas sociais, bem como discutirá sobre a situação atual do Distrito Federal no que tange à terceirização da saúde via organizações sociais. De mesmo modo, tratará dos serviços sociais não exclusivos do Estado e das terceirizações e privatizações com suas consequências.

6.1 A PARTICIPAÇÃO MENOR DO ESTADO E CONSEQUENTE AFASTAMENTO DAS RESPONSABILIDADES SOCIAIS COMO POLÍTICA NEOLIBERAL

O neoliberalismo surgiu após a II Guerra Mundial, na Europa e na América do Norte, onde preponderava o capitalismo. Surgiu como reação teórica e política contra o Estado intervencionista e de bem-estar. Segundo Anderson Perry (1995), o texto de origem do neoliberalismo é *O Caminho da Servidão*, de Friedrich Hayek, que foi escrito em 1944. “Trata-se de um ataque apaixonado contra qualquer limitação dos mecanismos de mercado por parte do Estado, denunciada como uma ameaça letal à liberdade, não somente econômica, mas também política”.

Desse modo, o discurso neoliberal centra-se numa “apologia do mercado e numa crítica feroz à intervenção do Estado na economia. O mercado teria uma superioridade econômica, e mesmo política e moral, em relação ao Estado” (GUHUR e SILVA, 2009). Em contrapartida, a política econômica neoliberal está concentrada nas privatizações, na abertura do comércio e na desregulamentação financeira, assim como na força de trabalho mais barata.

Quando se fala em privatização, em que se compreende a venda de ativos públicos, independente de que área seja, levantam-se questões sobre quem irá ganhar com esse processo. Segundo Lazzarini (2011), “governos democráticos convencidos da necessidade de

privatizar suas empresas devem necessariamente buscar uma percepção favorável por parte da população e tecer apoios diversos na arena política doméstica.”

O referido autor acrescenta ainda que o Brasil “fechou a primeira década do século XXI como um país dinâmico, de democracia consolidada e economia estável”. E considerou esse status como resultado do desempenho de empresas e grupos que, “associados entre si ou ao setor público, tocaram importantes projetos de investimento e expansão global” (LAZZARINI, 2011).

Nesse sentido, o Brasil, embora hodiernamente apresente características intervencionistas, isto é, ainda que muito se tenha mudado na esfera pública, acaba por interferir na esfera privada, e, como consequência tem-se um Estado que diminui de tamanho, por conta do aumento das privatizações, mas mantém-se comandando e direcionando as esferas políticas, econômicas e sociais do país (SPARAPANI, 2012).

Ainda segundo a autora, a reforma do Estado, idealizada pelo governo em meados dos anos 90, pretendeu encontrar o caminho para a crise do estado brasileiro. Assim, passou a atuar subsidiariamente, visto que entregou à sociedade civil as atividades de utilidade ou necessidade pública, ficando com a responsabilidade de auxiliar os particulares, assumindo tarefas, quando a iniciativa privada não pudesse alcançar. Nesse contexto, o Estado passou a fomentar e regular as atividades realizadas pela iniciativa privada.

A ideia começou com o governo Collor, quando o Brasil abriu a sua economia para o capital estrangeiro e o mercado passou a ser o grande agente organizador da nação. Mas foi no governo de Fernando Henrique Cardoso que se pôde caracterizar com mais eloquência como é um governo neoliberal, pois, procurou-se retirar eventuais obstáculos para a acumulação ampliada de capital.

No concernente às políticas de saúde pública do Brasil e às ideias neoliberais, já foi dito que o SUS (Sistema Único de Saúde) surgiu como uma conquista de muitas lutas em que estiveram envolvidos os movimentos populares, trabalhadores em saúde, entre tantos outros movimentos sociais.

Entretanto, o que se tem visto desde o início das políticas neoliberais em relação à saúde pública é a sua desconstrução, a partir de sua vinculação ao mercado, assim como favorecendo as parcerias com a sociedade civil, em que esta se responsabiliza por assumir os custos de possíveis crises. O projeto de reforma sanitária, já discutido nesta pesquisa, entra em conflito com o projeto de saúde voltado ao mercado, que pretende ver a saúde pública ofertada apenas àqueles que vivem em situação de vulnerabilidade social e, por conseguinte,

não conseguem pagar um sistema privado. Essas ações retiram o caráter universal da saúde e desresponsabiliza o Estado de suas funções (OLIVEIRA, PIMENTEL, *et. al*, 2011).

É sabido que tanto a alegada crise quanto a escassez de recursos têm servido de justificativas para a retirada do estado das suas responsabilidades sociais constitucionais, dando lugar à expansão de serviços do que poderia ser chamado de terceiro setor.³

No entanto, com relação aos serviços sociais, em que se inclui a saúde, de acordo com o pensamento de Maria Sylvia Zanella Di Pietro (2005) “não tem fundamento jurídico, no direito brasileiro, a terceirização que tenha por objeto determinado serviço público como um todo”. Não sendo possível, portanto, que o Estado repasse ao terceiro setor toda a gestão da saúde pública.

Ainda assim, no Brasil, para justificar, por exemplo, a crise de 1995, utilizou-se a ideia de que a causa não estava no capital, mas sim no próprio Estado (essa ideia ainda permanece). Logo, o Ministério de Administração e Reforma do Estado apresentou projeto de reforma do estado. Nesse projeto:

A reforma do Estado deve ser entendida dentro do contexto da redefinição do papel do Estado, que deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via da produção de bens e serviços, para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento. (BRASIL, MARE, 1995, p. 12).

Foi uma forma encontrada para racionalizar recursos com a diminuição da responsabilidade do Estado no seu papel social.

6.2 AS POLÍTICAS SOCIAIS COMO SERVIÇOS NÃO EXCLUSIVOS

As políticas sociais, voltadas à prestação de serviços com o mesmo condão correspondem àquela parcela de serviços denominados "não exclusivos" ou "não privativos" do Estado. Podendo o Poder Público e/ou a iniciativa privada prestarem independentemente de concessão ou permissão.

A Constituição Federal relaciona os serviços em que o Poder Público não possui a titularidade exclusiva, podendo atuar, independente de concessão, a iniciativa privada. Entre

³ Terceiro setor constitui-se na esfera de atuação pública não-estatal, formado a partir de iniciativas privadas, voluntárias, sem fins lucrativos. O primeiro setor seria aquele no qual a origem e a destinação dos recursos são públicas, corresponde às ações do Estado; o segundo setor, corresponderia, portanto, ao capital privado, sendo a aplicação dos recursos revertida em benefício próprio.

os serviços elencados na Constituição que independem de autorização para a iniciativa privada atuar, estão os serviços de saúde, artigos 196, 197 e 199, CF.

Acompanhando essa linha de raciocínio, o autor, Carlos Ari Sundfeld (2003), distingue os serviços públicos: "Os particulares exploram os serviços sociais independentemente de qualquer delegação estatal. Tais serviços se desenvolvem, portanto, em setores não reservados ao Estado, mas livres aos particulares". Por serem considerados os serviços sociais como atividade estatal e atividade particular, eles se submetem ao regime de direito público e de direito privado, respectivamente.

Na verdade, os serviços tidos como exclusivos do Estado estão ligados ao poder de polícia, o de regulamentar, fomentar, fiscalizar, cobrar e fiscalizar tributos e na prestação de serviços previdenciários básicos. De acordo com o que ensina Bresser Pereira (1998), "as forças armadas, a polícia, a agência arrecadadora de impostos e também as agências reguladoras, as agências de fomento, de financiamento e controle dos serviços sociais e da seguridade social integram os serviços exclusivos do Estado."

6.3 DADOS ACERCA DA TERCEIRIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL

Aos 14 de julho de 2015, aconteceu uma audiência pública com fins a debater os impactos da aprovação do atual Projeto de Lei nº 30 de 2015 nos serviços de saúde. O referido Projeto permite que as empresas contratem mão de obra terceirizada, até para as atividades "fim", como é o caso da enfermagem, e vale para todo o território nacional.

O projeto proposto pelo Deputado Sandro Mabel, como Projeto de Lei 4.330/04, prevê a terceirização em qualquer tipo de atividade em empresas privadas, públicas e de economia mista. Significa dizer que além de prever a contratação de funcionários terceirizados para a atividade meio que já existe, estende-se para a atividade fim, que seria a atividade principal da empresa. Após aprovação pela Câmara de Deputados em 24/04/2015, o projeto aguarda a apreciação pelo Senado Federal desde que foi remetido pela mesa diretora da Câmara, em 27/04/2015, por meio do Of. nº 140/2015/PS-GSE.

Outro aspecto a ser observado no concernente à terceirização da saúde no Distrito Federal diz respeito a um estudo acerca de um novo padrão para a administração, com data para ser divulgado em dezembro de 2015. Sob o argumento de estar o sistema corroído, o governador decretou Estado de Emergência, remanejou médicos, entre outras medidas e, por

fim, decidiu pela entrega da gestão dos hospitais públicos a organizações sociais, entidades filantrópicas e faculdades. Daí a necessidade de criar o novo plano de administração.

Como exemplos, tem-se, o Hospital da Criança, que é gerido pela Associação Brasileira de Assistência às Famílias de Crianças Portadoras de Câncer e Hemopatias (Abrace). Também existe o Hospital Universitário de Brasília (HUB) que é federal, e é de responsabilidade da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh).

A intenção de criar esse modo de gerir está ligada a redução de gastos, otimizando serviços e baixando custos. O Correio Braziliense, jornal local, em 2015 publicou que há indícios de que a primeira unidade terceirizada seria a Coordenação de Saúde da Ceilândia, a maior do DF.

Exemplo recente de terceirização de gestão hospitalar no DF se deu com um contrato assinado pelo governo com uma organização social, chamada Real Sociedade Espanhola de Beneficência. O contrato foi assinado em janeiro de 2009 e deveria ter prazo até janeiro de 2011 para findar. O governo deveria repassar R\$ 222 milhões à entidade durante esse período.

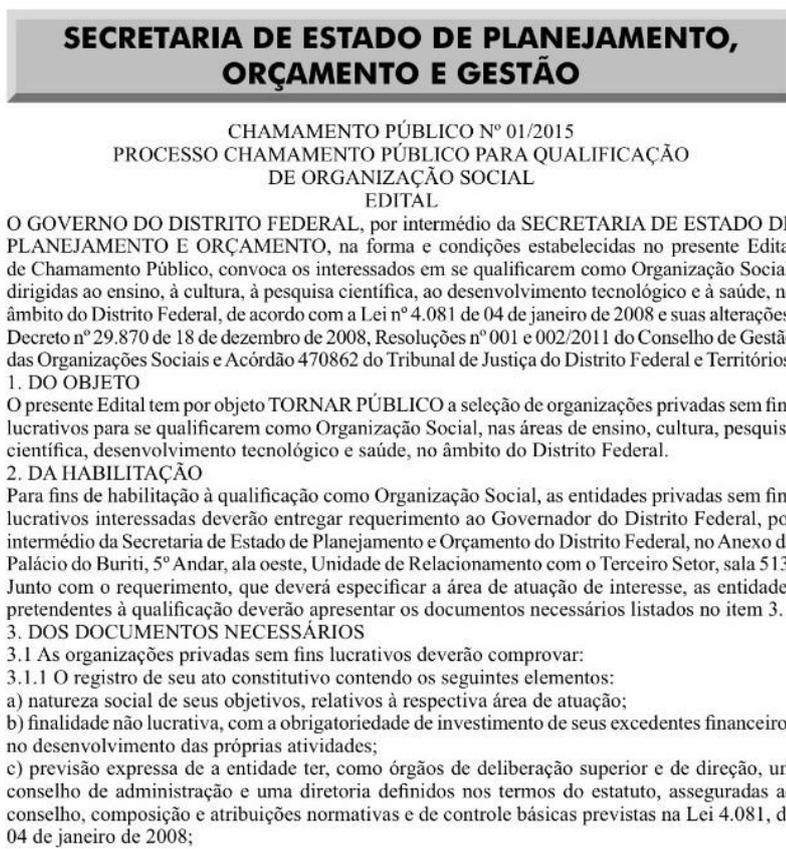
No entanto, decorridos quatro meses de início do contrato, o Ministério Público do DF pediu a suspensão imediata do contrato, sob a alegação de que havia ilícitudes na contratação, visto não ter existido licitação. O contrato foi suspenso, sob a égide de que era inconstitucional, haja vista repassar à iniciativa privada a gestão do atendimento à saúde. O Ministério Público, na pessoa da Promotora de Justiça Marisa Isar, reconheceu que nesse caso não “houve aumento da capacidade instalada nem melhora no padrão de assistência à população. Apenas a transferência dos serviços da unidade para a iniciativa privada. Quando a entidade retirou-se, a população ficou desassistida em várias especialidades”.

A pediatria do Hospital de Base de Brasília, a partir de janeiro de 2016, será gerenciada pela organização social que já administra o Hospital da Criança de Brasília, a ABRACE. Significa que deixará de ser responsabilidade do governo.

O caminho encontrado pelo governo do Distrito Federal para terceirizar a saúde pública é por intermédio das organizações sociais, pois, por serem consideradas atividades do terceiro setor, ou seja, aquelas que não possuem fins lucrativos na prestação de serviços não-exclusivos do Estado, os chamados serviços sociais, como educação e saúde, entre outros, elas atuariam na gestão dos hospitais. Em tese, o Estado não estaria abrindo mão do serviço público, transferindo-o a particulares, mas sim, realizando parceria com entidades privadas, atendendo às necessidades coletivas. Contudo, o Ministério Público do DF e Territórios (MPDFT) e o Ministério Público de Contas (MPC/DF) recomendou o governo do Distrito Federal a não terceirizar os serviços públicos de saúde nem os repassar à iniciativa privada.

Independente do posicionamento do MPDFT e MPC/DF, o governo do Distrito Federal já aceita o credenciamento de OSs⁴ (organizações sociais) para administrar hospitais. Foi publicado no Diário Oficial do DF Processo de Chamamento Público para Qualificação como Organização Social. Vejamos o processo em sua íntegra:

Figura 1. Diário Oficial do Distrito Federal



Fonte: Diário Oficial do DF

Mais, numa reportagem veiculada na Rede Globo de Televisão em 2015, o diretor do Fundo de Saúde do Distrito Federal, Ricardo Cardoso, afirmou que prepara um plano de reestruturação da saúde, com o objetivo de corrigir um déficit de R\$ 950 milhões no orçamento da pasta. Na proposta existe a possibilidade de fusão de setores, com a concentração de toda a gestão orçamentária e financeira no Fundo de Saúde, para isso já estudam acerca da rede complementar.

⁴ Conforme o art. 1º da Lei 9.637/98, as organizações sociais são pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde.

Noutro ponto, contrários a essas mudanças estão as entidades sindicais, representantes dos funcionários públicos da saúde. Eles afirmam que o uso das organizações sociais representa a privatização do SUS e, assim como a gestão compartilhada, na verdade, facilitaria esquemas de corrupção, uma vez que há pouca ou quase nenhuma fiscalização.

Sobre a rede complementar, esta é formada por hospitais privados, mantidos por instituições ou entidades beneficentes, que estabelecem parceria com o Sistema Único de Saúde (SUS) para prestar atendimento à comunidade. Para atrair grandes hospitais da rede privada, o governo ofereceria, em contrapartida, incentivos fiscais e econômicos. Pergunta-se: os incentivos fiscais não seriam uma forma de pagamento, visto que o Estado deixaria de recolhê-los?

Tanto é que, seguindo o conceito da acumulação por despossessão de David Harvey e à luz do debate contemporâneo sobre os novos modelos de gestão de saúde, em especial os geridos por organizações sociais, é possível legitimar a regulação e expansão da terceirização em benefício exclusivamente de acumulação de capital de que trata Marx.

O Distrito Federal, agindo assim, segue experiências de outros estados da Federação como Goiás, São Paulo, Minas Gerais e Pernambuco.

Bom que se registre que conforme ensina Violin (2014), “Quando o Estado fomenta o terceiro setor, repassando verbas públicas para as entidades, está praticando um fomento econômico-financeiro direto”. Acrescenta ainda:

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

Verifica-se, na esteira desse raciocínio, que o Estado ao contratar as organizações sociais com fins de gerir unidades completas de saúde, está delegando às OSs poderes que somente são inerentes ao Estado.

6.4 A DESPOSSESSÃO POR TERCEIRIZAÇÃO E PRIVATIZAÇÃO E CONSEQUÊNCIAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Para Boltanski e Chiapello (2009), o capitalismo tem como sua principal característica o acúmulo de capital. Entretanto, para que isto ocorra, mesmo que em níveis desiguais a

dependem do caminho do lucro, exige-se a mobilização de inúmeras pessoas em que as chances de lucro são desiguais. Em contrapartida, a cada uma é atribuída uma responsabilidade pequena num processo global e essas pessoas precisam acreditar que estão engajadas no processo. Assim, nesse jogo econômico têm-se lucros repetidamente.

No entanto, uma camada considerável da sociedade vive o que se poderia considerar como despossessão social, quando se verifica a sua impossibilidade de acesso aos mecanismos de êxito social, de atingirem o mínimo de prestígio e manterem relações sociais estruturadas e permanentes. Ora, seguindo esse raciocínio, a despossessão na saúde se observa a partir do capitalismo neoliberal, que contribui para as privatizações, fusões e incorporações. Tudo isso acaba por formar a acumulação por despossessão.

A crescente mercantilização da saúde abre espaço para a acumulação de capital que antes não existia, ou se tinha, era de forma indireta. Atualmente, os gestores da saúde pública, com relação a uma das formas de despossessão que é a terceirização, visto que representa a privatização da saúde, entregam hospitais inteiros à administração das chamadas Organizações Sociais (OS's). De acordo com Luiz Antônio Queiroz, Secretário de saúde do Trabalhador da CUT/SP, são “fundações e associações de caráter privado que recebem verba do governo para administrar as unidades e o atendimento da maneira que lhes aprouver, isso inclui escolher que tipo e qual quantidade de atendimento se quer prestar”. Ele acrescenta que não agregam leitos, nem aprimoram a tecnologia e equipamentos, ao contrário, recebem verba pública, usam a estrutura do SUS e gerenciam mão de obra, geralmente mais barata.

Não se pode negar a existência de terceirização legal relativamente ao SUS: a) a rede complementar, mediante contratos e convênios com prestadores privados; b) contratação de mão de obra para a atividade meio, como vigilância, limpeza, entre outras.

Entretanto, outros tipos de terceirizações relativamente ao SUS dizem respeito aos contratos e convênios com OS's ou OSCIP ou associações para gerenciar e executar os serviços de saúde. Serviços esses da Unidade de Especialistas, do Pronto Socorro, do Hospital Municipais ou Estaduais existentes ou a inaugurar. Além de terceirização de mão de obra de atividade fim, como médico, enfermeiro, etc., por intermédio das próprias OS's, OSCIP e Associações, para trabalhar em unidades e hospitais públicos estatais.

Consequências das terceirizações via OS's relacionam-se, principalmente, à falta de licitação para a contratação, bem como as falhas na fiscalização, além de que muitas terceirizadas contam como fonte de menor custo ou de maior lucro-superávit, o fato de gozar de isenções tributárias e de contribuição patronal sobre a folha. Esquecem que o Estado com isso arrecada menos e, por conseguinte, a população arcará com esse ônus. Ainda existe a

responsabilidade solidária trabalhista, os tribunais estão lotados de ações de indenização trabalhista.

Para os que defendem as terceirizações, o discurso gira em torno da maior eficiência do prestador privado, na abordagem dos custos de transação e gerência.

Com relação à privatização da saúde, já visto no item 2.4 desta pesquisa, os últimos anos viram o crescimento do número de brasileiros que pagam planos de saúde apoiados por políticas governamentais. Isso por que o Estado isenta de impostos a iniciativa privada que atua na área da saúde e permite que aqueles que utilizam os planos deduzam do Imposto de Renda parcela do que pagam.

Ademais, existe ainda o preconceito estimulado pela mídia que considera o atendimento na rede privada de melhor qualidade. No entanto, a rede privada, que muitos não se esqueçam, é voltada ao lucro. Assim, quando o caso exige mais complexidade e um custo maior, como em tratamentos oncológicos e transplantes, muitas vezes o usuário não tem seu pleito atendido, tendo de recorrer à justiça para a garantia do atendimento ou ao SUS.

De acordo com Lilian Terra (2013), a lógica do lucro não se aplica à saúde. Em 2012, “segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), foram registradas 75.916 reclamações contra planos de saúde, sendo 75,7% delas relacionadas à negação de cobertura”. Acrescenta a autora que, com o intuito de cortar custos, “muitas operadoras impedem que o médico decida sobre procedimentos mais caros; reduzem o valor por consulta repassado ao médico; e invalidam procedimentos sem justificativa aparente, deixando o profissional em prejuízo”.

7 CONCLUSÃO

O Capitalismo desde as ideias mais remotas relativas à sua forma de atuação é fundado em duas classes: a que detém os meios de produção e aquela que oferta a força de trabalho. O resultado gera capital que, quando excedente deve ser aplicado para gerar ainda mais capital. Assim, ele se tornou uma forma de produção que mais devastou o mundo, pois em nome do lucro, o homem que vendia seu trabalho passou a ser visto como mercadoria. Tudo isso só confirma o que Harvey afirmava sobre o sistema de capital que é orientado para a expansão e a acumulação, pois o dinheiro está sempre em busca de mais dinheiro.

A expansão do capital, facilitado pela globalização aliada à tecnologia que fazem com que o capital se mova mais rápido entre distâncias maiores, tem-se desviado cada vez

mais de atividades produtivas e se aproximado do lucro máximo no menor tempo possível. Essa situação gera a necessidade de empresas capitalistas buscarem novos mercados, definindo de modo novo os espaços e a relação com a natureza para o mais eficiente controle de capital sobre a produção do valor.

Nesse sentido, muitos governos têm cedido às investidas do capital, reduzindo a participação do Estado, primeiramente com empresas do tipo telefonia, bancos estaduais, empresas de eletricidade, entre outras, e, não satisfeitos em tomarem essas fatias do mercado, a iniciativa privada e mesmo empresas sem fins lucrativos como as organizações sociais e organizações da sociedade civil de interesse público têm cada dia mais participado das atividades inerentes ao Estado e contribuído para a precarização das relações de trabalho, aumentando o desemprego e diminuindo a renda dos assalariados.

Esse quadro neoliberal que se assenta no país, solidificando suas ideias, até mesmo em governos tidos de esquerda e defensores das questões sociais e dos trabalhadores, tende a aumentar sob argumentos vários, estando entre eles, a incapacidade e deficiência do Estado. Utilizam para alcançar o Estado mínimo meios como a privatização, a publicização (das OS's) e a terceirização.

O neoliberalismo tratado aqui promove o Estado mínimo em que as políticas sociais representam ônus para os cofres públicos, visto não darem lucro e, passam a ser subordinadas aos interesses do capital que transfere a responsabilidade de execução dessas atividades sociais à sociedade civil e ao terceiro setor. Essa ação pode ser visivelmente percebida, quando a Câmara de Deputados, por exemplo, aprova projeto que flexibiliza a relação trabalhista no país, possibilitando a terceirização de empresas para qualquer atividade, seja meio ou fim, desde que a contratada esteja focada em uma atividade específica. O Estado teria responsabilidade subsidiária com relação aos direitos trabalhistas e só não se poderia contratar atividades ligadas à regulamentação e fiscalização.

Tal projeto nada mais é do que a ingerência ainda maior da iniciativa privada em todos os setores sociais, agravado pelo fato de poderem atuar nas atividades precípuas de cada atividade. No caso da saúde, seria a possibilidade de contratar médicos e enfermeiros, fato que até agora não era possível, uma vez que só se permitia terceirizar atividades de meio, como serviços de limpeza, alimentação e segurança.

Mas não é só isso, embora o Estado, a partir da Constituição de 1988, tenha assumido a responsabilidade de garantir os direitos fundamentais a todo cidadão, aí incluídos os direitos sociais e, por conseguinte, o direito à saúde, dando, assim, legitimidade ao cidadão para cobrá-los; muitas vezes esse direito é castrado ou diminuído ao se perceber que

determinados grupos sociais, por fazerem parte de seguros e planos de saúde, têm mais acesso do que outros a esses serviços.

Equivale dizer que as pessoas contratam diretamente com os seguros e planos de saúde e pagam caro por isso. É a privatização. Mas se é assim, por que ocorre a exclusão se a iniciativa privada tem liberdade para participar de forma complementar da oferta de serviços de saúde?

A resposta encontra-se justamente no financiamento que, de certa forma o Estado realiza nesses agentes que atuam complementarmente nos serviços sociais. Existem as desonerações fiscais para indústria farmacêutica e hospitais filantrópicos, bem como a dedução de parte dos impostos e contribuições sociais de gastos com saúde que, numa análise superficial, observa-se, o Estado está deixando de arrecadar e, quiçá, aplicar tal receita no Sistema Universal de Saúde, melhorando-o e tornando-o eficiente. É uma forma de financiamento da iniciativa privada, pois o Estado favorece a taxa de crescimento do sistema privado, em particular o mercado de planos de saúde e de serviços médico-hospitalares, que de alguma forma acontece em detrimento da taxa de expansão dos gastos públicos com o próprio SUS.

O SUS, criado a partir da Reforma Sanitária Brasileira que se iniciou em 1970 e contou com a luta de muitos profissionais ligados ao setor, consolidou-se com a Carta Magna e tem por fundamento a universalização, a equidade e a integralidade do atendimento à saúde, representou o rompimento com as políticas públicas até então existentes, que excluía milhões de cidadãos brasileiros do usufruto de serviços de saúde coletivos.

Não obstante o papel fundamental do Estado na prestação dos serviços de saúde como de responsabilidade primária estatal, outros setores participam sem necessidade de concessões ou permissões, mas obedecendo as diretrizes do Sistema Único de Saúde, são as empresas do mercado que possuem fins lucrativos, além das entidades do terceiro setor, assim chamadas aquelas sem fins lucrativos.

A atividade do Estado em relação à oferta de saúde integral sofre com fatores que dificultam sua aplicação, quer seja pela falta de pessoal, limitada pela Lei de Responsabilidade Fiscal; quer pela má gestão pública; quer pela influência política da iniciativa privada. Tudo isso, mais as políticas que desacreditam os serviços públicos e superestimam os privados, contribuem para o aumento das políticas neoliberais, que transferem o possível ao capital. Nesse caminho, o país afasta-se do previsto na Constituição de uma saúde verdadeiramente universal, equitativa e integral a todos os cidadãos brasileiros.

Outra forma de afastamento do Estado do seu original papel de executor da saúde pública diz respeito ao credenciamento de organizações sociais e fundações públicas de direito privado para a gerência das atividades de saúde, por intermédio de contrato de gestão, em que estas são financiadas pelo Estado. Alegam maior autonomia e flexibilidade das atividades de saúde.

De maneira geral, tem-se que a serviço do Estado, as organizações sociais assumem as atividades que antes eram exercidas pelo ente estatal, utilizando-se de seu patrimônio público como também dos seus servidores. Ora, claro está que sob a capa de uma empresa privada, estará ela submetendo o direito público às suas necessidades de sustento, mas sem, contudo, submeter-se às leis, como, por exemplo, de licitações para aquisição de outros serviços.

Essa publicização ocorre porque o Estado permanece com o domínio da unidade hospitalar, mas a gestão é privada, com o financiamento público e liberdade para contratar.

É uma forma de privatização, visto que, embora o Estado fique com a responsabilidade de fiscalizar, o que a experiência mostra que nem sempre irá acontecer, uma empresa recebe uma entidade hospitalar para gerenciá-la, com liberdade de contratação de funcionários, serviços, entre outros. Note-se, além do exposto, as OS's mantêm vínculos com a indústria da saúde, como os produtores de produtos hospitalares, mostrando cristalinamente que a iniciativa privada encontrou um meio legal de se inserir nas estruturas públicas e, dessa forma, sustentar-se no mercado.

Independente da forma utilizada para a parceria público/privado nessa reformulação do capitalismo atual, se privatização, publicização ou terceirização, todas elas contribuem para a precarização do SUS, e diminuem as iniciativas voltadas para a garantia do direito social à saúde, assim como reduz a capacidade de participação econômica dos trabalhadores da área. Essa livre atuação dos agentes revela a face cruel da despossessão da saúde pública no país, pois a preocupação do bem-estar social torna-se uma falácia num espaço em que só cabe o acúmulo de capital, fortalecendo o poder social do dinheiro como forma de influenciar as decisões do país em direção à concentração de renda nas mãos dos grandes capitalistas.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDERSON, Perry. **Balanço do neoliberalismo**. In: SADER, Emir & GENTILI, Pablo (orgs.) Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995, pp.09-23.

BAHIA, Lígia. **Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/sisunisau.html>. Acesso em 15/10/2015.

BOLTANSKI, Luc; CHIAPELLO, Ève, *O novo espírito do capitalismo*. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em 15/10/2015.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Governo gasta em média R\$ 3,05 ao dia na saúde de cada habitante**. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&id=24847:governo-gasta-em-media-r-305-ao-dia-na-saude-de-cada-habitante. Acesso em 20/10/2015.

BRASIL. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/RNIS/convoc.htm>. Acesso em 20/10/2015.

BRASIL. **Eficácia e aplicabilidade das normas**. Disponível em: http://www.webjur.com.br/doutrina/Direito_Constitucional/Eficacia_e_Aplicabilidade.htm. Acesso em 12/10/2015.

BRASIL. Fiocruz. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portalemsp/informe/site/materia/detalhe/26264>. Acesso em 21/10/2015.

BRASIL. Instituto de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/saude/analise.shtm>. Acesso em 20/10/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema Único de Saúde*. CONASS, 1ª ed. 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro1.Pdf. Acesso em 25/10/2015.

BRASIL. Ministério Público do Distrito Federal e Territórios. **MPDFT estuda a terceirização da saúde**. Disponível em: <http://sindsaude.org.br/portal/informe/mpdft-questiona-a-terceirizacao-da-saude.html>. Acesso em 23/10/2015.

BRASIL. **Terceirização na saúde: reflexões e saídas legais**. Disponível em: http://www.idisa.org.br/site/documento_3404_0_terceirizacao-na-saude---reflexoes-e-saidas-legais.html. Acesso em 25/10/2015.

BRESSER PEREIRA, Luís Carlos. **Gestão do setor público: Estratégia e estrutura para um novo estado**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas: 21-38. 1998.

CORREIO BRASILIENSE. **Governo do Distrito Federal estuda terceirizar a gestão de hospitais.** Disponível em: http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/cidades/2015/09/29/interna_cidadesdf,500572/governo-do-distrito-federal-estuda-terceirizar-a-gestao-de-hospitais.shtml. Acesso em 18/10/2015.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Parcerias na Administração Pública**, 5 ed. São Paulo: Atlas, 2005.

DINIZ, Janguê. **Os desafios da saúde pública no Brasil.** Disponível em: <http://www.joaquimnabuco.edu.br/artigo/exibir/cid/10/nid/619/fid/1>. Acesso em 15/10/2015.

DOBB, Maurice Herbert. **A evolução do capitalismo.** 7 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1981, p. 11.

DOMINGUEZ, Bruno. **Quando o público financia o privado.** Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/conteudo/quando-o-publico-financia-o-privado>. Acesso em 21/10/2015.

DRUCKER, Peter Ferdinand. **O gestor eficaz.** São Paulo:LTC. 1968.

GALBRAITH, John Kenneth . **O novo estado industrial**, de 1967. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-31572006000400009&script=sci_arttext. Acesso em 20/09/2015.

GUHUR, Dominique e, SILVA Irizelda. **As políticas sociais neoliberais no quadro da mundialização do capital:”um movimento em busca de anéis sacrificados no passado para salvar os dedos.** Revista HISTEDBR On-line, Campinas, n.35, p. 76-95, set.2009 - ISSN: 1676-2584 76.

HARVEY, David. **A produção capitalista do estado.** 2ª ed.São Paulo: Annablume, 2006.

HARVEY, David. **O enigma do capital e as crises do capitalismo.** Tradução de João Alexandre Peschanski. São Paulo, SP : Boitempo , 2011, p.30.

HARVEY, David. **O novo imperialismo.** São Paulo: Loyola. 2003.

LAFARGUE, Paul. **O capital**, extratos por Paul Lafargue. Tradução Abguar Bastos. São Paulo:Veneta, 2014, 208p.

LAZZARINI, Sérgio G. **Capitalismo de laços: os donos do Brasil e suas conexões.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

MARX, Carl. **Os economistas: O capital.** Tradução de Regis Barbosa e Flávio R. Kothe. São Paulo: Nova Cultural, 1996.

MÂNICA, Fernando Borges. **Participação privada na prestação de serviços públicos de saúde.** 2009. 307p.

MARQUES, Lucimara. **A história da saúde pública do Brasil**. Disponível em: <http://www.viajus.com.br/viajus.php?pagina=artigos&id=1837&idAreaSel=16&seeArt=yes>. Acesso em 15/10/2015.

MIRANDA, Jorge. **Teoria do Estado e da Constituição**. Rio de Janeiro: Forense, 2002.

OLIVEIRA, Railany; PIMENTEL, Millene; MELO, Poliana. **Neoliberalismo e seus rebatimentos no Sistema Único de Saúde (SUS)**. XV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e XI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba. 2011

PAULUS Jr, Aylton e CORDONI Jr, Luiz. **Políticas públicas de saúde no Brasil**. Revista Espaço para a saúde. Londrina, v.8, n.1, dez.2006, p. 13.

PERRY, Anderson. **O balanço do neoliberalismo**. In: SADER, E. GENTILI, P. (orgs.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra.1995.

REDE GLOBO. **GDF reformula Secretaria de Saúde e estuda parcerias para gerir hospitais**. Disponível em: <http://g1.globo.com/distrito-federal/noticia/2015/09/gdf-reformula-secretaria-de-saude-e-estuda-parcerias-para-gerir-hospitais.html>. Acesso em 28/10/2015.

SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde: coletânea de leis e julgados da saúde**. 2.ed. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2003.

SANTOS, Mayara Araujo dos. **Direito fundamental à saúde e a responsabilidade solidária entre os entes federativos**. Disponível em: http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=12431. Acesso em 12/10/2015.

SANTOS, Viviane Medeiros dos. **A privatização da saúde pública brasileira: a utilização do fundo público da saúde para o setor filantrópico/privado**. VI Jornada Nacional de políticas públicas. 2013, p.4.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações**. In: SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti. **Direitos fundamentais: orçamento e “reserva do possível”**. 2 ed. rev. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010.

SOARES, Raquel Cavalcante. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje**. Disponível em: <http://pct.capes.gov.br/teses/2010/25001019031P3/TES.PDF>. Acesso em 15/10/2015, p.33.

SPARAPANI, Priscilia. **O modelo de estado brasileiro contemporâneo: um enfoque crítico**. Disponível em : http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=11257. Acesso em 20/10/2015.

SUNDFELD, Carlos Ari. **Fundamentos de Direito Público**. 4ª Ed. São Paulo: Malheiros, 2003.

TEIXEIRA, Maria Lúcia. **Análise da política de saúde brasileira**. Vitória: EDUFES, 2014.

TERRA, Lilian. **Saúde: por que reverter a privatização?** Disponível em: <http://www.cartacapital.com.br/blogs/outras-palavras/saude-por-que-reverter-a-privatizacao-2346.html>. Acesso em 30/10/2015.

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