



“Questão Social, Pandemia e Serviço Social: em defesa da vida e de uma educação emancipadora”

Eixo temático: Política Social e Serviço Social

Sub-eixo: Crise, trabalho e tendências contemporâneas das políticas sociais no capitalismo

O SUS NA ERA DA DESRESPONSABILIZAÇÃO ESTATAL: as tendências de privatização da saúde pública no Brasil a partir de modelos de gestão pós 1990

ENAIRE DE MARIA SOUSA DA SILVA ¹

RESUMO

O artigo tem por objetivo analisar tendências de privatização sobre o SUS, com ênfase sobre as modalidades de gestão institucionalizadas a partir da década de 1990. Realizou-se levantamento bibliográfico sobre temáticas vinculadas à privatização em saúde no Brasil. O artigo está organizado em três seções. Primeiramente apresenta-se levantamento histórico das políticas de saúde e a relação desenvolvida entre os âmbitos público e privado. Posteriormente há a explanação dos reflexos da contrarreforma do Estado sobre o recém instituído SUS. Por fim, apresentou-se as estratégias de privatização lançadas sobre o SUS através dos novos modelos de gestão em saúde.

Palavras-chave: SUS. Privatização. Gestão.

RESUMEN

El artículo tiene como objetivo analizar las tendencias en la privatización del SUS, con énfasis en las modalidades de gestión institucionalizadas a partir de la década de 1990. Se realizó un levantamiento bibliográfico sobre

¹ Estudante de Pós-Graduação. Universidade De Brasília

temas vinculados a la privatización en salud en Brasil. El artículo está organizado en tres secciones. En primer lugar, se presenta un recorrido histórico de las políticas de salud y la relación desarrollada entre los ámbitos público y privado. Posteriormente, se explican los reflejos de la contrarreforma del Estado sobre el recién creado SUS. Finalmente, se presentaron las estrategias de privatización puestas en marcha en el SUS a través de los nuevos modelos de gestión en salud.

Palabras clave: SUS. Privatización. Administración.

1 INTRODUÇÃO

A saúde pública do Brasil representa um universo complexo, com inúmeros determinantes, suscetíveis a alterações a partir da evolução do capital. Além das determinações vinculadas ao próprio sistema capitalista, entende-se que as peculiaridades sócio-históricas do Brasil contribuíram para definir a construção do que hoje reconhece-se como Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, as análises em torno da política devem considerar tais aspectos, de modo a evitar abordagens reducionistas, centralizadas em fenômenos aparentes.

Em meio ao capitalismo, as classes sociais vivenciam diferentes condições de saúde, seja em decorrência dos diferentes cotidianos vividos, ou em virtude dos diferentes tipos de acesso à saúde. No que diz respeito especificamente ao acesso, problematiza-se os formatos dos próprios sistemas de saúde, a exemplo, um sistema com as características do SUS é exceção em relação aos demais países. Países da América Latina, apesar de periféricos e com as reconhecidas dificuldades de promoção de justiça social, ainda possuem dificuldades de acesso à saúde gratuita em virtude, sobretudo, da constituição de sistemas baseados na ideia da Cobertura Universal de Saúde (CUS).

No caso do Brasil, percebeu-se historicamente a combinação do incentivo à

saúde previdenciária, em conjunto com a vigência de convênios entre o Estado e os empresários da saúde. Na contemporaneidade, essa é uma tendência que tem sido reforçada, no entanto, em virtude das garantias constitucionais e das novas características conferidas ao capital, percebe-se a renovação de tais estratégias.

Diante disso, este artigo tem por objetivo analisar uma das inúmeras estratégias de privatização e de apropriação do fundo público da saúde: as novas modalidades de gestão de instituições e serviços de saúde decorrentes da contrarreforma do Estado brasileiro. Para tanto, realizou-se levantamento bibliográfico sobre temáticas vinculadas à questão central da privatização em saúde no Brasil, assim como os reflexos da alteração nos padrões de gestão do SUS.

O artigo está organizado em três seções. Na primeira apresenta-se um levantamento histórico das políticas de saúde no Brasil e a relação desenvolvida entre os âmbitos público e privado da política. Em seguida realizou-se explanação dos reflexos da contrarreforma do Estado sobre o recém instituído SUS. Por fim, apresentou-se as estratégias de privatização lançadas sobre o SUS diante da necessidade do Estado impulsionar a acumulação capitalista dentro do país, ampliando a logística de acumulação sobre o SUS.

2 A RELAÇÃO PÚBLICO X PRIVADO NA EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Os primeiros registros de ações de saúde voltadas à população e sob responsabilidade do Estado só foram identificados no início do século XX através do sanitarista Oswaldo Cruz, que instituiu no Rio de Janeiro um modelo de saúde campanhista, sustentado na vacinação obrigatória. Destaca-se que, apesar da preocupação preventiva, as ações foram realizadas isoladamente, sem o estabelecimento de uma política nacional com definição de fluxos e educação em saúde.

Do ponto de vista organizacional, esse também foi um dos momentos em que o Estado assumiu para si a responsabilização das ações, tendo em vista a necessidade de que a vacinação em massa fosse implementada. Nesse sentido, percebeu-se a primazia da ação estatal em uma ação voltada à população independentemente de contrapartida financeira.

Diferentemente disso, a partir de 1923 são executadas políticas nacionalmente estruturadas, com regularização de funcionamento e delimitação de público. O ponto de partida foi a Lei Eloy Chaves que institucionalizou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's). A medida possuiu caráter eminentemente previdenciário, de modo que as ações de saúde oferecidas foram pontuais e centradas nos processos curativos.

Apesar das alterações de abrangência e colaboração do Estado no financiamento, dez anos depois, as CAP's são extintas e dão lugar aos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), que mantiveram a logística previdenciária, os serviços de saúde como secundários e, tal qual as CAP's, voltados às pessoas que estavam inseridas no mercado formal de trabalho e realizavam contribuições periódicas para acessar as ações.

Em 1960, na tentativa de conferir unidade institucional aos IAP's, regulamentou-se a Lei nº 3807/1960, responsável por institucionalizar a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), que trouxe regras gerais para o funcionamento de todos os IAP's, nesse sentido, houve uniformização da prestação de saúde restrita aos trabalhadores vinculados ao mercado de trabalho formal e, dessa forma, dentro de um regime de contribuição.

Até então, no âmbito dos serviços prestados gratuitamente e de execução exclusiva do Estado, foram implementados alguns serviços. O primeiro, de 1942, foi o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), voltado exclusivamente aos seringueiros e mineradores, financiado em um acordo de cooperação com o governo americano que tinha interesse na produção de borracha e minério para a fabricação de material bélico.

Além disso, em 1949, instituiu-se o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU). Por se tratar de um serviço voltado unicamente à urgência, tal qual o SESP, também havia delimitação de público. Mesmo que não houvesse a necessidade de contribuição prévia, para ter atendimento, era necessário que os indivíduos se encontrassem em situação de urgência, dessa forma, não havia a prestação de ações preventivas, de promoção de saúde, ou curativas convencionais.

A década de 1950 trouxe como marco a criação do Ministério da Saúde, em 1953, e do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERU) que, segundo Oliveira (2012), representou um serviço de viés preventivo, sobretudo do ponto de vista da prevenção de doenças preventivas, mas, ainda assim, teve sua execução vinculada a um regime previdenciário.

Tratou-se de uma política de saúde pública com ênfase na prevenção de doenças transmissíveis, aliada a uma política de saúde previdenciária restrita aos contribuintes da previdência e seus dependentes. Essa nova configuração de atuação do Estado na saúde pública, resultou em um importante instrumento de controle do espaço de circulação dos produtos e do trabalho. O Estado passou a contar com: postos de trabalho, indústrias (de medicamentos, de equipamentos), ensino profissional, hospitais, ambulatórios e outros organismos. (OLIVEIRA, 2012, p. 37).

A década de 1960 representou no Brasil o fortalecimento da saúde privada no país, de modo que o Estado atuou no repasse de verbas públicas a instituições de saúde privadas para que elas pudessem atender aos segmentos da sociedade que não estavam inseridos em regimes de contribuição previdenciária, além disso, as principais instituições com as quais o Estado firmou convênio prestavam serviços de Alta Complexidade, nesse sentido, mais custosos aos cofres públicos do que as ações de prevenção, por exemplo. (SARRETA, 2009). Além disso, em 1968, houve a criação do Plano Nacional de Saúde, com objetivos vinculados à privatização da saúde do país, e instituição de um sistema de metas que pudesse ter reflexo direto nos salários dos profissionais de saúde.

O período foi importante para estreitar os laços entre o Estado e o empresariado nacional que passaram a atuar através de parcerias e convênios. Uma relação sustentada em troca de interesses, mas que, socialmente, foi justificada pela tentativa de prestação de saúde a todos. Nesses casos, as ações de saúde

seguiram sendo pontuais, sem proporcionar a transformação nas condições de saúde do país, apesar dos repasses milionários que foram feitos de maneira contínua.

No que diz respeito à saúde previdenciária, em 1966 houve a unificação dos IAP's na figura do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). A partir de então, os benefícios – inclusive os relacionados à assistência à saúde – foram uniformizados, aumentaram-se os descontos sobre os salários sob a alegação de melhoria dos serviços previdenciários e ampliou-se o foco na medicina curativa. Apesar dos investimentos, o INPS foi marcado por desvio de recursos e precarização dos atendimentos.

Até a promulgação da Constituição Federal de 1988, o Estado, em resposta as manifestações oriundas do Movimento de Reforma Sanitária, tentou atuar na implementação de serviços que pudessem elevar a abrangência das ações de saúde. A exemplo, o Sistema Nacional de Saúde (SNS) em 1968, o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e de Saneamento (PIASS) em 1976, Ações Integradas de Saúde (AIS) em 1982, o Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1978, representaram iniciativas do Ministério da Saúde voltadas a todo o território nacional, independentemente de contribuição.

Em contrapartida, a saúde previdenciária seguiu se estabelecendo. Em 1971 criou-se o Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural – FUNRURAL, voltado à saúde dos trabalhadores rurais sem a necessidade de contribuição desses, no entanto, o financiamento das ações de saúde seriam fornecidas a partir da disponibilidade orçamentária dos recursos previdenciários. Já em 1977, criou-se o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, com um segmento específico para a prestação da saúde previdenciária, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que atendia tanto os trabalhadores vinculados à Previdência quanto os seus dependentes.

Paim et. al (2011) mencionam que “a implementação do SUS foi complicada pelo apoio estatal ao setor privado, pela concentração de serviços de saúde nas

regiões mais desenvolvidas e pelo subfinanciamento crônico”. Nesse sentido, compreende-se que a evolução das políticas de saúde no Brasil denota a ausência de empenho para viabilizar ações de viés gratuito, e voltadas a todos os indivíduos independentemente de contribuição. Reflexo disso, foi a rápida expansão e aceitação do Estado pela prestação de saúde previdenciária, que responsabilizava trabalhadores e as próprias empresas pela prestação das ações e serviços e que, ainda assim, eram isentas de integralidade.

O presente levantamento torna-se útil diante da necessidade de compreensão das tendências atuais, uma vez que, apesar das novas facetas, o capitalismo contemporâneo tem reforçado a primazia da iniciativa privada que já era ancorada na evolução das políticas de saúde do Brasil.

As novas expressões que sustentam a relação entre Estado e iniciativa privada possuem como motivação principal a operacionalização da contrarreforma do Estado a partir da década de 1990. O cenário contribuiu para que a burguesia nacional se estabelecesse no poder se utilizando, inclusive, da saúde pública brasileira para a geração de capital.

A seção a seguir analisa os reflexos da contrarreforma do Estado sobre a saúde pública do país, destacando os principais desmontes sobre o SUS.

3 CONTRARREFORMA DO ESTADO E OS IMPACTOS SOBRE O SUS

A década de 1990 representou para o Brasil a inserção da reestruturação produtiva em curso no âmbito mundial desde a passagem das décadas de 1970 e 1980. O Neoliberalismo passou a ser adotado enquanto aparato necessário às reformas recomendadas pelos organismos internacionais. Frente à necessidade de expansão do capital sobre a América Latina, os Estados-nação do continente, diante da adoção neoliberal, passaram a aderir a abertura comercial e o incentivo estatal aos setores reconhecidamente vantajosos ao crescimento econômico, não entrando

no rol prioritário de investimentos as políticas sociais.

Especificamente no caso do Brasil, o ideário neoliberal começou a ganhar terreno a partir da instituição da Reforma Gerencial do Estado em 1995, tendo como objeto a reformulação do setor público. Neste processo, as soluções elencadas centraram-se na inserção de ditames empresariais em segmentos específicos da máquina pública. No que diz respeito às políticas sociais, foram propostos modelos de gestão que tivessem no Estado a responsabilidade, unicamente, do ponto de vista do financiamento, em contrapartida, a execução das ações deveria ser prestada por entes intermediários.

A grande contradição da década remete ao fato de que ao tempo em que se implementava a necessidade de retirada do Estado na responsabilização das políticas sociais, a Constituição Federal havia sido recém promulgada e nela o Estado era reconhecido como o provedor de todas as políticas sociais até então afiançadas. A implementação dos preceitos neoliberais justificou a desconsideração dos artigos constitucionais na plena execução de inúmeras políticas, nelas inseridas a saúde pública.

Em meio às tentativas de disponibilização dos recursos públicos aos segmentos reconhecidamente estratégicos para a economia, percebe-se o fortalecimento de contextos que predominaram ao longo da evolução das políticas de saúde, tais como o estímulo à iniciativa privada de saúde ao invés da potencialização do SUS. Segundo Laurell:

A nova distribuição de responsabilidades coloca o mercado particular no centro, sejam essas empresas com fins lucrativos ou família/indivíduo, enquanto o papel do Estado é subsidiário e atende apenas aos comprovadamente pobres, por meio de programas de saúde, com pacotes de custo-benefício restritos, produzindo “bens públicos”. (LAURELL, 2016, p. 3).

A Constituição Federal de 1988 elencou a iniciativa privada como ente autorizado a participar de maneira complementar do SUS, com prioridade de convênio para as instituições filantrópicas. Apesar disso, na prática, esses convênios deixaram de complementar o SUS para se configurar como principal destino das verbas públicas do país. A tentativa de implementação da gestão terceirizada

proporcionou o surgimento e expansão das Organizações Sociais (OS) e, especificamente, das Organizações Sociais de Saúde (OSS) no final da década de 1990 que, conforme será aprofundado na seção seguinte, correspondeu aos constantes repasses públicos para setores que não compõem o SUS.

Diante de tal contexto, uma das grandes problemáticas oriundas do neoliberalismo sobre o SUS constitucional diz respeito ao seu financiamento. Todas as estratégias acima mencionadas refletiram o intuito do Estado reduzir investimento público nas ações. Ainda nos casos em que os serviços são diretamente geridos pelo Estado, percebe-se a constante tentativa de diminuição dos valores repassados.

Uma importante estratégia de redução de custos tem sido observada a partir da adoção do toyotismo na execução do trabalho em saúde. Cada vez mais observa-se a redução na contratação de profissionais, associada à constante inserção de tecnologias nos serviços de saúde. O desemprego estrutural, típico do capitalismo contemporâneo, tem reflexos significativos no âmbito do trabalho em saúde, sobrecarregando profissionais e impactando na qualidade das ações desenvolvidas. Segundo Godim et al. (2018)

O setor da saúde, por sua particularidade de intenso e diversificado uso de mão de obra, absorve rapidamente as transformações do mercado de trabalho. A falta de consenso sobre a definição das atividades exercidas por profissionais de cada categoria e a exigência constante por novos perfis profissionais que acompanhem as mudanças tecnológicas, ampliando suas competências, encaixam-se no papel do trabalhador polivalente, exigido pelo modelo toyotista. (GODIM et al., 2018, p. 62).

O atual estágio do capital é caracterizado pelos altos níveis de exploração da classe trabalhadora. Em um contexto mundial, reconhece-se que o Neoliberalismo tem representado a ampliação da lógica de acumulação capitalista, conseqüentemente, observa-se os processos de trabalho descentralizados em todo o cenário mundial – alternativa para aquisição de matérias-primas e mão-de-obra barateada nos países subdesenvolvidos - com a apropriação do que advém da taxa de lucro sendo cada vez mais privada. As desigualdades entre países centrais e periféricos foram ainda mais acentuadas.

Frente a tal análise, infere-se que as condições de saúde da periferia do

capitalismo serão, necessariamente, mais precárias que as dos demais países, considerando os aspectos estruturais do próprio capital e as tendências de acirramento colocadas pelo ideário neoliberal. No Brasil, a contrarreforma do Estado dificultou o desenvolvimento da vida dos indivíduos, com elevação das expressões da questão social. Unindo-se a este fato a precarização e subfinanciamento dos serviços de saúde, percebe-se a não-implementação do SUS constitucional com reflexos diretos sobre os indivíduos.

Este contexto justifica de que modo a precarização das condições de vida se vincula à determinação social da saúde. Segundo Albuquerque e Silva (2014)

Que tipo de vida, o quanto se poderá viver, que tipo e grau de desgaste, de possibilidades de desfrute dos bens produzidos, que bens estarão disponíveis, dependem do grau de desenvolvimento adquirido pelas forças produtivas da sociedade em que se vive. Como demonstramos, tudo na vida em sociedade, tudo na vida humana, é determinado, em última instância, pelo grau de desenvolvimento alcançado pela sociedade, é determinado socialmente [...]. Em sociedades de classes, as relações que se estabelecem entre as classes determinam diferentes possibilidades e restrições ao desenvolvimento da vida e, conseqüentemente, diferentes formas ou possibilidades de viver, adoecer e morrer (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014, p. 960).

Compreende-se que a determinação da saúde é intrínseca à própria dinâmica do capital, conseqüentemente, as classes sociais resultantes do processo de acumulação capitalista vivenciarão diferentes perspectivas de saúde e, principalmente, de acesso aos meios necessários para que ela seja mantida. A contrarreforma do Estado brasileiro, situada em um contexto neoliberal, acirrou tais condições ao aprofundar as desigualdades sociais e contribuir com a manutenção da lógica desigual do sistema.

Enquanto componente de tal cenário, percebe-se um subfinanciamento crônico em torno do SUS, mais que isso, os pesquisadores em saúde têm sinalizado a vigência de um desfinanciamento em torno da saúde pública do país, agravado, sobretudo, a partir da Emenda Constitucional nº 95/2016 (EC 95).

Se o desfinanciamento de políticas sociais é resultado do teto de gastos, é antes de tudo porque ele constitui uma nova forma de apresentação sensível; isto é, ele funda uma nova relação entre o visível e sua significação, entre a palavra que expressa o público (a austeridade e o limite de gastos) e as políticas sociais como excesso a conter, incidindo sobre o financiamento de direitos. (MENEZES; MORETTI; REIS, 2019, p. 61).

Anterior a este cenário, já havia um contexto de relações estreitas entre o

Estado e o empresariado da saúde, além das novas entidades classificadas como “filantrópicas” ou “assistenciais” que constantemente são destino de investimento público, conforme aponta Bravo (2006), o que fora instituído através da Constituição Federal de 1988 tem sido perdido em virtude de um novo direcionamento da saúde que “fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise” (BRAVO, 2006, p. 14).

Morais et al. (2018) realizou levantamento que apontou que instituições classificadas como filantrópicas ou sem fins lucrativos possuem íntima relação financeira com o Estado, sendo alvos de frequentes repasses de verbas públicas, além de disporem de isenções tributárias e subsídios estatais. Em outras palavras, o caráter “não lucrativo” de tais instituições pode camuflar interesses financeiros de indivíduos que não contribuem com a prestação de saúde pública no país. Ademais, o próprio direcionamento do Estado para potencialização de setores considerados estratégicos, tem justificado a posição de privilégio que a saúde privada tem recebido.

Como consequência de tal cenário, a saúde pública brasileira tem sido constantemente alvo de ofensivas de privatização e mercantilização de suas instituições e serviços. O tópico a seguir irá caracterizar esses pontos.

4 AS OFENSIVAS DE PRIVATIZAÇÃO SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE NO A PARTIR DOS NOVOS MODELOS DE GESTÃO

Preliminarmente, torna-se necessário mencionar que abordar aspectos de privatização na saúde pública do Brasil pressupõe o esforço de considerar o histórico das políticas de saúde que já denotam um incentivo à iniciativa privada, mas também deve-se atentar às novas formas de estímulo à privatização da saúde brasileira. Ao analisar um dos aspectos contemporâneos, Paim (2018) considera que

Atualmente, a articulação público-privada exhibe novas facetas, sob a forma de financeirização da saúde vinculada à dominância financeira. Pesquisas recentes dão conta da complexidade dessa nova fase da articulação público-privada, com a venda de empresas, seus ativos e carteiras de clientes, aprofundando a intermediação entre prestadores e consumidores, assim como novas relações entre aparelhos do

Nesse sentido, percebe-se que a saúde é colocada no status de atividade econômica passível de investimento privado visando a obtenção do lucro, além disso, o Estado costuma surgir como agente potencializador da relação de financeirização. De maneira geral, compreende-se que o capital financeiro é central no capitalismo contemporâneo, no entanto, a originalidade da discussão consiste no fato de que, apesar de ser uma política, a saúde é colocada como ferramenta útil à financeirização do capital, representando um eixo de investimento estratégico à iniciativa privada.

Os novos modelos de gestão sob os quais estão sendo colocados os serviços de saúde públicos têm representado importantes ferramentas no processo de privatização gradual da saúde no país. Almeida (2017) analisa um dos moldes de gestão mais adotados na saúde sob a égide neoliberal, as Parcerias Público-Privadas (PPP) que, segundo a autora, pode se expressar de duas formas: a primeira se refere às instituições de saúde públicas que atuam a partir de uma concessionária de serviços privada que pode ser responsável tanto pela gestão predial ou administrativa quanto pelos atendimentos médico-assistenciais dos usuários; a segunda vincula-se à execução do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), onde, a partir da celebração de contratos com o Ministério da Saúde, instituições privadas podem ter isenção fiscal em troca da prestação de serviços gratuitos no âmbito do SUS.

Morais et al. (2018) vincula as Organizações Sociais de Saúde (OSS) ao modelo de PPP, sinalizando ainda que são “consideradas como um dos padrões de apresentação do denominado “terceiro setor” e emergem como nova modalidade voltada à função social de gestão e provisão de serviços de saúde” (MORAIS et al., 2018, p. 2). Desde a primeira metade da década de 1990, as OSS têm caracterizado a saúde pública do Brasil em seus mais diversos âmbitos, sob a justificativa de que o Estado não apresentaria as condições ideais de prestar serviços de saúde eficientes e de qualidade.

De maneira geral, a rápida disseminação desses modelos de gestão representa uma das principais ferramentas de distanciamento do Estado da obrigatoriedade da prestação de saúde pública no Brasil, conseqüentemente, subsidiam o desfinanciamento – componente central da privatização da saúde em percurso na contemporaneidade – do SUS.

Recentemente, em 2021, em um contexto ainda pandêmico, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) lançou a Coleção – Covid 19. Em seu volume 2, a Coleção reuniu escritos referentes às experiências vivenciadas nos âmbitos do planejamento e gestão em saúde durante a pandemia no Brasil. No documento são ovacionadas as PPP e, particularmente, a atuação das OSS em um cenário de crise sanitário tal qual ocorreu no Brasil.

No documento, a parceria estabelecida entre a Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio-Libanês (HSL), Fundação Itaú, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) foi retratada como exitosa, sob a justificativa de que “uma parceria precisa de um propósito comum, uma missão clara, além de pessoas com visão de futuro”. (CONASS, 2021, p. 225). E mesmo que a parceria tenha sido financiada pelo Banco Itaú, entidade privada com fins unicamente lucrativos, as considerações dos envolvidos na parceria partem do ponto de que “o sistema de saúde brasileiro desponta mais forte” (CONASS, 2021, p. 226).

Vale destacar que, no ano de 2020 – ano em que o país vivenciou o pior momento da pandemia e ano de lançamento da PPP mencionada - o SUS não estava sendo fortalecido sob inúmeros aspectos, mas sobretudo, do ponto de vista do financiamento. Os dados do Portal da Transparência apontam que em 2020, momento em que o país apresentou os maiores picos de mortes e internações, houve redução dos investimentos do Ministério da Saúde em relação ao ano anterior, 2019. Em 2019 a participação da saúde nos gastos públicos da União foi 4,80% e em 2020 de 4,73%. Em outras palavras, não há como conferir o fortalecimento do SUS à necessidade de investimento financeiro de um banco. O SUS constitucional prevê financiamento e responsabilização do Estado para o seu

pleno funcionamento, este não foi um aspecto fortalecido.

Em um outro momento, a coleção cita a relevância das OSS para o funcionamento do SUS. As justificativas consideram que “essas parcerias têm apresentado bons resultados, em que pesem as dificuldades resultantes da incompreensão do modelo por parte da própria gestão pública, com o seu mau uso e de alguns órgãos de controle e das enormes dificuldades de financiamento do sistema público de saúde”. (CONASS, 2021, p. 230). Historicamente, reconhece-se os contextos estruturais e políticos que justificam o SUS ter surgido com deficiências de implementação, sobretudo, devido às crescentes estratégias desenvolvidas pelo Estado para que a política não fosse plenamente financiada, conforme apontado anteriormente.

As experiências que envolvem a atuação das OSS comprovam que, para o SUS, se concretizaram como ferramenta de acumulação de riquezas, uma vez que as metodologias de funcionamento dos contratos de gestão se resumem a transferências dos recursos da saúde pública para empresários que comandam instituições do terceiro setor. Este tem sido inclusive um dos fatores que tem impulsionado inúmeras instituições a buscarem a classificação de “filantrópicas”, “religiosas” ou “sem fins lucrativos”. Na medida em que tais instituições se tornam mais numerosas, mais contratos de transferência de gestão têm sido firmados e, conseqüentemente, as OSS têm comandado boa parte da saúde pública do país, e não o Estado.

A participação da iniciativa privada como complementar ao SUS tem justificado a primazia da iniciativa privada dentro do sistema. Apesar da Constituição ter tratado a possibilidade como pontual, em meio aos municípios brasileiros já existem inúmeras instituições privadas que há anos prestam serviços pelo SUS. Trata-se de valores altos, que contribuiriam para o desenvolvimento dos serviços do próprio sistema sem que fosse necessária a utilização do aparato privado. Apesar disso, estabelece-se uma relação quase que vitalícia com instituições particulares, fortalecida através dos repasses periódicos.

Ao longo dos anos, as iniciativas que diminuem o caráter público do SUS apresentam novas facetas. No âmbito da alta complexidade em saúde do país, a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), uma empresa pública de direito privado, acarretou a transferência de gestão da União para a Empresa. No meio acadêmico, diversas pesquisas já atestam que a inserção da EBSERH dentro dos Hospitais Universitários (HU) tem levado às instituições normas típicas de empresas privadas, tais como sistema de metas, descontos salariais por faltas, banco de horas, além do próprio regime de trabalho que deixou de ser estatutário para se tornar celetista, com rebaixamento de salários, perda de estabilidade, e aumento da carga-horária trabalhada.

Além disso, de acordo com a Lei nº 12.550/2011, no artigo 8 é sinalizado:

Art. 8º Constituem recursos da EBSERH:

I - recursos oriundos de dotações consignadas no orçamento da União;

II - as receitas decorrentes:

a) da prestação de serviços compreendidos em seu objeto;

b) da alienação de bens e direitos;

c) das aplicações financeiras que realizar;

d) dos direitos patrimoniais, tais como aluguéis, foros, dividendos e bonificações; e

e) dos acordos e convênios que realizar com entidades nacionais e internacionais;

III - doações, legados, subvenções e outros recursos que lhe forem destinados por pessoas físicas ou jurídicas de direito público ou privado; e

IV - rendas provenientes de outras fontes.

Parágrafo único. O lucro líquido da EBSERH será reinvestido para atendimento do objeto social da empresa, excetuadas as parcelas decorrentes da reserva legal e da reserva para contingência. (BRASIL, 2011, s.p.).

O dispositivo possibilita as instituições gerenciadas pela EBSERH adquiram recursos de fontes que não necessariamente estarão vinculadas à União, ou quaisquer outros entes federativos. Exemplo disso é o Hospital Universitário do Rio Grande do Sul que já apresenta porta de entrada dupla, com parte dos serviços sendo fornecidos a partir do pagamento direto dos serviços ou planos de saúde (LIMA, 2016).

Di Pietro (2011) considera que

(...) privatização, em sentido amplo é um conceito que abrange todas as formas pelas quais se busca uma diminuição do tamanho do Estado, podendo abranger a desregulamentação (diminuição da intervenção do Estado no domínio econômico), a desmonopolização de atividades econômicas, a privatização de serviços públicos (quando a atividade deixa de ser serviço público e volta à iniciativa privada), a concessão de serviços públicos (dada a empresa privada e não mais a empresa estatal) 74 e as contratações de terceiros (contracting out), em que a administração

pública celebra ajustes de variados tipos para buscar a colaboração com o setor privado, como os contratos de obras e prestação de serviços (a título de terceirização), os convênios, os contratos de gestão, os termos de parceria. (DI PETRO, 2011, p. 213).

Nesse sentido, considerar os aspectos recentes de privatização em torno do SUS permeia inúmeras tentativas do Estado inserir cada vez mais a iniciativa privada na política pública de saúde. Tendo em vista as garantias constitucionais, esse processo não costuma ser através da venda direta de instituições públicas aos grupos empresariais, diferentemente disso, percebe-se a criação de instituições que irão se encaixar em categorias específicas, tais como empresas públicas, Organizações Sociais, entidades filantrópicas e/ou assistenciais. No âmbito do financiamento da política, percebe-se que tais práticas facilitam os repasses direto da União para a iniciativa privada que cada vez mais passa a dispor de comando da saúde pública do Brasil.

5 CONCLUSÃO

As análises realizadas demonstram quais têm sido as estratégias utilizadas pelo Estado para buscar a desresponsabilização pela efetivação do SUS constitucional. Considerando os padrões de acumulação colocados ao sistema a partir da adoção neoliberal, a contrarreforma do Estado no Brasil primou pela expansão da iniciativa privada, que foi levada a ocupar espaços até então insetos da dinâmica mercadológica, a exemplo da política de saúde. Nesse sentido, as ofensivas de privatização da saúde correspondem aos interesses do capital de ampliar o poder de acumulação capitalista.

O contexto torna-se mais severo quando se considera que o SUS já possuía fragilidades em virtude da histórica postura do Estado em não priorizar os investimentos em saúde pública. A efetivação do SUS, conforme preconiza as legislações, foi inviabilizada a partir da primazia dada ao mercado pelo Estado, diante disso, quaisquer medidas voltadas à saúde pública ocorreram no intuito de incentivar a livre concorrência do mercado, inserindo-a como um produto passível de

ser capitalizada.

Este artigo analisou uma das principais ferramentas utilizadas para viabilizar a privatização do SUS constitucional, sejam eles os modelos de gestão em saúde instituídos a partir da contrarreforma do Estado. Por representarem uma opção ao subfinanciamento e ao desfinanciamento da política, observa-se caminhos sendo abertos à iniciativa privada na medida em que o Estado busca diminuir os repasses financeiros ao SUS.

Diante disso, os cenários criados a partir da contrarreforma do Estado proporcionaram o acirramento das ferramentas que conferem maior poder à iniciativa privada sobre o SUS, ao tempo em que o Estado opta por não realizar investimentos diretos nas ações e serviços públicos de saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Celia. Parcerias público- privadas (PPP) no setor saúde: processos globais e dinâmicas nacionais. In: **Cadernos de Saúde Pública**, Volume 33 – Nº 14. Suplemento 2, RJ, 2017. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/242/parceriaspublico-privadas-ppp-no-setor-saude-processos-globais-einamicas-nacionais>

BRASIL. Lei 12.550 de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12550.htm. Acesso em: 20.10.2021.

BRASIL. Portal da Transparência. Participação da saúde nos gastos públicos da

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

DI PIETRO, M. S. Z. **Parcerias na administração pública: concessão, permissão, franquias, terceirização, parceria público-privada e outras formas**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

GODIM, Andressa Alencar et al. O impacto do processo de precarização laboral em serviços de saúde. Rev. SBPH, Rio de Janeiro, v. 21 n. 1, Jan./Jun. – 2018.

LAURELL, Asa Ebba Cristina. Políticas de saúde em conflito: seguro contra os sistemas públicos universais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 2016; 24: e 2668. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/vhdwq7nmFBddx4mcSpfwqSz/?format=pdf&lang=pt>

LIMA, Bruno Jáy Mercês. **Uma análise das práticas de implantação da ebserh nos hospitais universitários e de seus efeitos, a partir de 2010**. 2016. 132 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal do Pará, Belém/PA, 2016.

MENEZES, Ana Paula do Rego; MORETTI, Bruno; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 5, p. 58-70, dez 2019.

MORAIS et al. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da

OLIVEIRA, André Luiz de. História da saúde no Brasil: dos primórdios ao surgimento do SUS. **Encontros Teológicos**. nº 61, Ano 27, n.1, 2012, p. 31-42.

SARRETA, F. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**.

São Paulo: Editora UNESP, 2009.

PAIM, et. al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Saúde no Brasil**, 2011.

saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Cad. Saúde Pública, v. 34, n. 1, 2018.

SODRÉ, Francis; BUSSINGER, E.C.; Organizações Sociais e privatização da saúde: a discricionariedade dos contratos de gestão com o Terceiro Setor. In SODRÉ, Francis; BUSSINGER, E.C.; BAHIA, Lígia. **Organizações Sociais: agenda e os custos para o setor público da saúde**. 1ed. São Paulo: HUCITEC, 2018. 37-65.

União no período 2017-2020. Disponível em:
<https://www.portaltransparencia.gov.br/orgaos-superiores/36000-ministerio-da-saude>. Acesso em: 24.10.2021.