

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS
MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

MARIA ANADETE ABREU PESSOA

O PÚBLICO E PRIVADO NA POLÍTICA DE SAÚDE:

reflexões da publicização da gestão de serviços de assistência médico-hospitalar do
Hospital Dr. Carlos Macieira no período de 1997 a 2006 em São Luís/MA

São Luís
2014

MARIA ANADETE ABREU PESSOA

O PÚBLICO E PRIVADO NA POLÍTICA DE SAÚDE:

reflexões da publicização da gestão de serviços de assistência médico-hospitalar do
Hospital Dr. Carlos Macieira no período de 1997 a 2006 em São Luís/MA

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão, para obtenção do título de mestre em Políticas Públicas.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Ilse Gomes Silva.

São Luís
2014

Pessoa, Maria Anadete Abreu

O público e privado na política de saúde: reflexões da publicização da gestão de serviços de assistência médico-hospitalar do hospital Dr. Carlos Macieira no período de 1997 a 2006 / Maria Anadete Abreu Pessoa. – São Luis, 2014.

164f.

Orientador: Prof. Dra. Ilse Gomes Silva.

Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Universidade Federal do Maranhão, 2014.

1. Administração pública - Reforma do estado – 2. Pró-Saúde. I. Título.

CDU 614 (812.1) “1997-2006”

MARIA ANADETE ABREU PESSOA

O PÚBLICO E PRIVADO NA POLÍTICA DE SAÚDE:

reflexões da gestão publicizada de serviços de assistência médico-hospitalar do
Hospital Dr. Carlos Macieira no período de 1997 a 2006 em São Luís/MA

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão, para obtenção do título de mestre em Políticas Públicas.

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Ilse Gomes Silva (Orientadora)
Doutora em Ciências Sociais
Universidade Federal do Maranhão

1º Examinador

2º Examinador

Aos meus filhos Nayana e Raphael por encherem nosso lar de alegria, e por fazerem tudo na vida valer à pena. A Daniel Ximenes genro especial e querido.

A minha família, especialmente a minha mãe pelo seu amor imensurável e pelo apoio dado em todos os momentos da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a Deus, criador e mantenedor da minha vida por permitir alcançar essa conquista.

A construção desse estudo foi muito difícil. Posso assegurar categoricamente, que sua conclusão seria impossível sem a colaboração de muitos. O meu sincero agradecimento a todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram.

À Professora Doutora Ilse Gomes Silva, pela orientação segura, pela contribuição inestimável em todas as fases do estudo e pela cobrança necessária nos momentos de arrefecimento.

À Professora Doutora Zulene Barbosa, pelas importantes contribuições, por acreditar em meu trabalho, entender minhas angústias me incentivar e apoiar em todos os momentos.

A Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Políticas públicas Professora Doutora Salviana de Maria Pastor Sousa a Professora Doutora Franci Gomes Cardoso e todos os professores do mestrado pelo aprendizado e crescimento profissional.

Ao amigo especial e companheiro de longas jornadas Igor Bergamo, por confiar em meu trabalho, e me incentivar sempre.

A minha notável amiga e companheira Lucilene cerqueira por entender minha ansiedade e pelo apoio incondicional.

Aos colegas do mestrado e doutorado Tiago, Talita pelo convívio enriquecedor, aprendizado e oportunidade de crescimento mútuo.

A todos os profissionais e usuários do Hospital Dr. Carlos Macieira que valorizaram este estudo contribuindo gentilmente com seus relatos.

RESUMO

Este estudo trata do processo de publicização do Hospital Carlos Macieira (HCM) e seus rebatimentos na assistência médico-hospitalar prestada aos servidores públicos do estado do Maranhão. Analisam-se as características da chamada Nova Administração Pública no Brasil e as mudanças que ocorreram no processo de organização da gestão do Hospital Carlos Macieira, bem como o processo que foi viabilizado através do Programa Nacional de Publicização (PNP) e consiste na transferência de execução de políticas sociais, inseridas no chamando setor “público não estatal”. Traçam-se suas características e contornos na gestão da Pró-Saúde. Analisam-se tais medidas como parte da Reforma dos Aparelhos de Estado Brasileiro que se estende até ao Maranhão e aos demais estados da federação como saída à crise fiscal anunciada pelo Governo Federal na década de 1990.

Palavras-chave: Publicização. Reforma do Estado. Hospital dos Servidores do Estado do Maranhão - HSE.

ABSTRACT

This study deals with the process of democratization of the Hospital Carlos Macieira (HCM) and its reverberations in hospital medical care provided to public servants of the state of Maranhão. We analyze the characteristics of the so-called New Public Management in Brazil and the changes that occurred in the process of organizing the management of the Hospital Carlos Macieira, as well as the process that was funded by the National Program for Publicization (PNP) and consists of the transfer of enforcement social policies, inserted in calling "nonstate public" sector. Draw up its features and contours in the management of Pro-Health. We analyze these measures as part of the reform of the Brazilian state apparatus that extends up to Maranhão and the other states of the federation as a solution to fiscal crisis announced by the Federal Government in the 1990s.

Keywords: Publicity. State Reform. Hospital of the Servants of the State of Maranhão
- HSE

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BEM	– Banco do Estado do Maranhão
CASPE	– Centro Ambulatorial do Servidor Estadual
CAPs	– Caixas de Aposentadorias e Pensões
CDS	– Conselho de Desenvolvimento Social
CEMAR	– Companhia Energética do Maranhão
CEPAL	– Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
CLT	– Consolidação das Leis do Trabalho
CONASP	– Conselho Consultivo de Administração Previdenciária
CQT	– Controle de Qualidade Total
DASP	– Departamento de Administração do Serviço Público
DATAPREV	– Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
DER-MA	– Departamento de Estradas e Rodagens do Maranhão
DIP	– Divisão Infecto-Parasitária
FAS	– Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FEPA	– Fundo Especial de Pensão e Aposentadoria
FHB	– Federação Brasileira de Hospitais
FMI	– Fundo Monetário Internacional
GDRs	– Gerências de Desenvolvimento Regional
GIT	– Grupo Integrado de Trabalho
GQV	– Gerência de Qualidade de Vida
HCM	– Hospital Dr. Carlos Macieira
HSE	– Hospital dos Servidores do Estado
ICN	– Instituto de Cidadania e Natureza
IDRH	– Instituto de Desenvolvimento de Recursos Humanos
IPEM	– Instituto de Previdência do Estado do Maranhão
IPES	– Instituto de Pesquisas Econômicas e Sociais
JCHCO	– Joint Commission Accreditation of Health Care Organization
LOS	– Lei Orgânica da Saúde
MPAS	– Ministério da Previdência e Assistência Social

OEA	– Organização dos Estados Americanos
OMS	– Organização Mundial de Saúde
ONGs	– Organizações Não Governamentais
ONU	– Organização das Nações Unidas
OSs	– Organizações Sociais
OSCIPs	– Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PM-MA	– Polícia Militar do Maranhão
PNAD	– Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNP	– Programa Nacional de Publicização
PPA	– Plano de Pronta Ação
Pró-Saúde	– Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar
RGPS	– Regime Geral de Previdência Social
RPPS	– Regime Próprio de Previdência Social
SADT	– Serviço Ambulatorial de Diagnóstico e Tratamento
SEAPS	– Secretaria de Administração e Previdência Social
SEPLAN	– Secretaria de Administração e Previdência
SERHP	– Secretaria de Administração Recursos Humanos e Previdência
SINPAS	– Sistema Nacional da Previdência Social
SIOGE	– Serviço de Imprensa e Obras Gráficas do Estado
SUDS	– Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	– Sistema Único de Saúde
UEMA	– Universidade Estadual do Maranhão
UFMA	– Universidade Federal do Maranhão

SUMÁRIO

	p.
1 INTRODUÇÃO.....	10
2 O PÚBLICO E O PRIVADO NA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	17
2.1 A constituição da esfera pública burguesa.....	19
2.2 A mercantilização da saúde no Brasil.....	27
3 REFORMA DO ESTADO E PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL....	41
3.1 A organização da administração pública no Brasil.....	42
3.2 A privatização dos serviços de saúde no Brasil no contexto da reforma do Estado.....	52
4 A PUBLICIZAÇÃO DO HOSPITAL DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO ESTADO DO MARANHÃO.....	59
4.1 A publicização no Maranhão no governo de Roseana Sarney no período de 1995 a 2001.....	67
4.2 Pró-Saúde: as incongruências da gestão privada do serviço público de atenção à saúde.....	73
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85
REFERÊNCIAS.....	90
ANEXOS	95

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo objetiva analisar as relações entre o público e o privado na Política de Saúde no Maranhão no contexto da Reforma do Estado e do atual processo de publicização das políticas sociais, sobretudo na área da Saúde. Para tanto faço, neste estudo, um esforço de uma análise preliminar da publicização do Hospital dos Servidores do Estado do Maranhão (HSE) em 1997.

O processo de publicização do Hospital dos Servidores se expressa pela transferência da execução dos serviços de assistência médico-hospitalar para o setor privado, administrado por Organizações Sociais (OSs), atendendo aos preceitos da Reforma do Estado maranhense, que segue os moldes da Reforma do Estado em nível federal.

A transferência para o setor privado da execução do atendimento da assistência médico-hospitalar do HSE foi justificada como moderna e ajustada aos novos tempos da globalização, permitindo uma ampla transferência de recursos públicos para o setor privado. No Hospital dos Servidores (Hospital Dr. Carlos Macieira), essa transferência foi viabilizada através do contrato entre o Governo do Estado, representado pela Secretaria de Estado de Administração, Recursos Humanos e Previdência, o Instituto de Previdência do Estado do Maranhão (IPEM) e a Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar (Pró-Saúde), com anuência da Sociedade Beneficente São Camilo, para administrar o Hospital dos Servidores do Estado do Maranhão por nove anos (1997 a 2006).

Segundo o acordo, a contratada deveria prestar assistência médico-hospitalar de qualidade, garantindo um atendimento prioritário aos segurados e dependentes. O referido contrato de prestação de serviços foi assinado pelas partes envolvidas conforme processo nº 358/27 - Secretaria de Administração e Previdência (SEPLAN).

O Hospital dos Servidores era administrado e gerenciado pela Pró-Saúde, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, qualificada como organização social, com a incumbência de prestar serviços médico-hospitalares e odontológicos aos Servidores Públicos, civis e militares, ativos e inativos, judiciários, do Tribunal de Contas e do Ministério Público, inclusive aos pensionistas e seus dependentes.

O presente estudo se articula a uma dinâmica mais global da Reforma do Estado Brasileiro nos anos de 1990 com reflexos diretos na política de saúde do

Maranhão. Esse processo de Reforma do Estado Brasileiro se estendeu pelos Estados da federação, inclusive para o estado do Maranhão.

A Reforma do Estado Brasileiro, que se pronunciou desde a década de 1980 e se intensificou no governo de Fernando Henrique Cardoso na década de 90, tem promovido uma ampla lista de ajustes que se configuram em medidas de “flexibilização” para o Estado Brasileiro, tendo como objetivo modificar o modelo de intervenção estatal na esfera econômica e, sobretudo, social.

A proposição de ajustes, que conformam a reforma, está embasada no argumento da ineficiência e inoperância do modelo de intervenção estatal que, no dizer dos idealizadores da reforma, é o principal gerador da crise fiscal causada pela onerosa intervenção do Estado no âmbito social.

Assim, o Estado transfere para o setor privado as atividades que deverão ser controladas pelo mercado e a descentralização da execução das políticas sociais para o setor “público não estatal”, através do processo de publicização.

Esse processo de publicização foi anunciado pelo Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, e, em novembro de 1995, lançado, por meio da Medida Provisória nº 1.591, de setembro de 1997.

O Processo de publicização, no contexto do Plano Diretor da Reforma do Estado, é identificado como sinônimo de privatização, na medida em que propõe que o chamado setor público não-estatal substitua as funções do Estado na prestação de serviços não exclusivos, para implantar nos aparelhos do Estado brasileiro a denominada administração pública gerencial, inspirada nos paradigmas gerenciais das empresas privadas (RAICHELIS, 2005, p. 84).

O repasse da implementação dessas políticas para as chamadas instituições “públicas não estatais”, que são privadas, porém, “sem fins lucrativos”, dentre elas as Organizações Sociais (OSs), tem a intenção de desresponsabilizar o Estado da sua função de provedor de políticas sociais; portanto, essas medidas são impostas pelos organismos internacionais, tais como Fundo Monetário Internacional (FMI) e Banco Mundial, e perfeitamente adotadas pelos mentores da Reforma do Estado no Brasil.

Dessa forma, ao estruturar a administração pública em “núcleos”, o Plano Diretor da Reforma do Estado Brasileiro idealizado por Bresser Pereira (1998) definiu núcleos de serviços exclusivo e não exclusivo do Estado. O núcleo não

exclusivo é definido como o setor onde o Estado atua simultaneamente com outras organizações públicas não estatais e privadas.

A inserção neoliberal no Estado brasileiro teve como carro-chefe o desmonte do sistema estatal público em áreas essenciais como educação, saúde e assistência social.

No tocante às conquistas da saúde, consagradas no texto constitucional de 1988, na atual conjuntura política e econômica, configura-se como um sistema que não tem conseguido atender aos interesses de classes, constituindo-se em um sistema de saúde que expressa uma arena de conflitos.

No Maranhão, na década de 1990, um conjunto de medidas políticas foi efetivado pelo governo estadual seguindo estritamente o receituário da Reforma Administrativa do Estado desenvolvida no âmbito federal. A medida de ajustes adotada pelo governo do estado do Maranhão se articula com a política do governo federal mediante um amplo programa de privatização para promover a arrecadação de recursos a fim de equilibrar a economia.

Cumprе ressaltar, como exemplo desse processo, os casos de privatização de empresas em São Luís-MA, tais como Companhia Energética do Maranhão (CEMAR), Banco do Estado do Maranhão (BEM) e a publicização de várias instituições de saúde (hospitais) como Maternidade Marly Sarney, Hospital Dr. Juvêncio Matos, Hospital Geral, Centro de Saúde de Vinhais e Hospital Dr. Carlos Macieira (Hospital dos Servidores do Estado do Maranhão).

No Maranhão, os serviços de saúde pública foram publicizados sob a justificativa de ampliar-se e modernizar-se a prestação de serviços de assistência médico-hospitalar para garantir a qualidade do atendimento. No dizer de Silva (1998), nessa parceria verifica-se mais uma atualização da aliança entre Estado e mercado no âmbito da política de assistência à saúde.

Esse processo de publicização das políticas sociais, especificamente a de saúde adotada no estado do Maranhão, no governo de Roseana Sarney (1995-2001), se materializou com a Reforma do Estado maranhense, através da Lei nº 6272, de 06 de fevereiro de 1995 (MARANHÃO, 1995). Todo o interesse se direciona a promover mudanças na gestão das políticas públicas, incluindo a de saúde. Todo propósito foi realizar um processo de enxugamento e modernização das estruturas funcionais das organizações públicas; alienação de bens patrimoniais

prescindíveis ao exercício de funções essenciais do Estado; busca de novas formas de parcerias entre Estado e Sociedade.

Nessa parceria, verificou-se que a reforma no aparelho do estado do Maranhão, como no Brasil, atualizou-se mediante uma intrínseca rede de relações entre Estado e mercado, mediante processos combinados de publicização, terceirização.

A realização deste estudo se justifica, fundamentalmente, por considerar a extrema relevância da garantia de direitos à saúde, construídos no processo de redemocratização da sociedade brasileira em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) público e contra todas as formas de privatização que concebe a saúde como mercadoria.

Os determinantes que levaram à escolha do Hospital Dr. Carlos Macieira fazem parte de toda uma trajetória como assistente social, desempenhando minhas atividades profissionais no Hospital dos Servidores Públicos do Estado do Maranhão entre 1983 e 2009.

Ao longo dessa trajetória, vivenciamos diferentes momentos de reestruturação da gestão da assistência médico-hospitalar prestada no Hospital dos Servidores do Estado. Porém, foi só a partir da década de 1990, com a política neoliberal adotada pela governadora Roseana Sarney (1994-1998), com a implementação de um amplo programa de privatização, que se aguçou o interesse em compreender como se dava esse processo de transferência de serviços públicos, antes prestados diretamente pelo Estado, para as denominadas instituições privadas “sem fins lucrativos” – as OSs, e quais as mediações que se estabelecem, no caso da saúde, entre Estado e mercado? Qual a sua lógica e seus determinantes? Quais os impactos na qualidade dos serviços de saúde?

Entendo que a análise do Hospital dos Servidores do Estado, por ter sido a primeira instituição no Maranhão a ser publicizada e com a experiência que tive como funcionária desse Hospital desde a sua fundação na década de 1980, somente seria possível a partir de um exame crítico da realidade ancorada no método crítico dialético, a partir de uma visão de totalidade.

Nessa perspectiva, no dizer de Marx (apud CARDOSO, 1995, p. 74),

Pensar a dinâmica da totalidade social é compreender as regularidades, as leis que operam na sua estrutura. Parte-se da totalidade mais complexa [...]. Nessa perspectiva, o sujeito de apropriação da totalidade e de sua dinâmica, pelo caminho da abstração. Analisa abstraído do conjunto, alguns

elementos da empiria (abstratos) para construir o real. Nesse processo, que não é simples, o sujeito vai avançando na apreensão de novas determinações que não são dadas imediatamente, e reconstrói o real, que é concreto, porque é síntese de múltiplas determinações.

Dessa forma, compreende-se a análise dos mecanismos econômicos, políticos e sociais que envolveram o processo de publicização do Hospital Dr. Carlos Macieira, a partir do recorte temporal demarcado a partir de 1997 a 2006.

Justifica-se tal recorte em decorrência de dois processos que se articulam organicamente. O primeiro, em virtude da implementação da política neoliberal no Brasil iniciada por Collor e consolidada no governo FHC, a qual plasmou um conjunto de mudanças, e dentre elas destaca-se a Reforma do Aparelho do Estado.

O segundo remete-se a mudanças adotadas pelo governo do estado do Maranhão que corroborou a publicização do Hospital Dr. Carlos Macieira.

A partir do aprofundamento teórico com o apoio das literaturas, buscou-se interpretar o contexto da publicização do Hospital Dr. Carlos Macieira na gestão da Pró-Saúde através de uma análise qualitativa do objeto em questão.

A análise exigiu no seu processo de construção procedimentos metodológicos através da análise documental - contratos, convênios, Leis, Regimento Interno do referido hospital e da Pró-Saúde, responsável pela gestão dos serviços de assistência médico-hospitalar do referido Hospital no período de 1997 a 2006.

Em face das questões colocadas acima, buscou-se compreender esse processo de transferência para o setor privado e/ou público não estatal da implementação dessas políticas e seus rebatimentos nos serviços de saúde e nos direitos propagados na Constituição Federal de 1988, regulamentação legal da publicização no Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito da assistência médico-hospitalar.

Assim, concebeu-se a análise do processo exposto supra, tomando como base teórica a concepção histórica estrutural gramsciana (GRAMSCI, 2001), a partir do entendimento de que as determinações sociais não têm somente relação com a estrutura econômica do modo de produção capitalista.

Os componentes culturais, político e ideológico deverão ser valorizados como conhecimentos inerentes aos sujeitos sociais que são copartícipes dos processos sociais, inseridos em realidades sociais específicas.

Este trabalho, além desta Introdução e das Considerações Finais, apresenta-se estruturado em três capítulos. No primeiro capítulo, que se intitula “O público e o privado na política de saúde no Brasil”, busca-se compreender as considerações conceituais e históricas acerca da noção de público e privado, destacando a constituição da esfera pública burguesa e a especificidade da constituição da esfera pública no Brasil, destacando as mudanças e materialização da proposta neoliberal que se tem para o país, direcionada para a mercantilização do setor saúde na sua forma de organização articulada com o processo de desenvolvimento capitalista.

Todo o interesse é demonstrar que essas mudanças têm resultado das recorrentes necessidades de atualização das estratégias estatais voltadas para assegurar a continuidade do processo de acumulação, bem como a legitimação do exercício do poder político, da ordem burguesa e das novas bases que se estabelecem entre Estado e sociedade, consumando novas fronteiras entre o público e o privado e seus rebatimentos na política de saúde no Brasil.

No segundo capítulo, que se intitula “Reforma do Estado e Privatização da Saúde no Brasil”, pretende-se analisar as bases teóricas que conformam os modelos de reforma do Estado em nível federal, mais particularmente nos processos de publicização das políticas sociais, bem como as transformações em curso. Para isso, faz-se um percurso histórico, a fim de resgatar os determinantes de tais processos e identificar como eles se estendem e se articulam com a privatização dos serviços de Saúde no Brasil.

No terceiro capítulo, que se intitula “A publicização” do Hospital dos Servidores Públicos do Estado do Maranhão”, busca-se compreender como o estado do Maranhão tem viabilizado mudanças significativas na gestão das políticas públicas, respaldando-se na reforma do Estado em nível federal, mais particularmente nos processos de publicização das políticas sociais, e como esse processo vem sendo viabilizado através da Reforma do Estado Maranhense.

Discute-se a problemática da “publicização” nos serviços de saúde a partir de conceitos teóricos e são levantados alguns pressupostos sobre suas implicações para a gestão das organizações prestadoras de serviços de assistência médico-hospitalar, bem como seus impactos em relação aos serviços prestados.

Busca-se analisar como se deu essa mudança na particularidade do HCM e quais os rebatimentos do processo de “publicização” na prestação de serviços de

assistência médico-hospitalar pela Pró-Saúde no período de 1997 a 2006, tendo em vista os determinantes históricos e políticos em que está envolto o Estado brasileiro e maranhense.

2 O PÚBLICO E O PRIVADO NA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Destaca-se preliminarmente que a constituição do público e do privado é complexa e em cada formação social tem sua especificidade. Público e privado constituem-se instâncias que emergem nas formações sociais burguesas instituídas nos séculos XVII e XVIII que introduzem o Estado e a Sociedade Civil no jogo das relações sociais e econômicas.

Na Grécia antiga, a esfera privada da vida correspondia à esfera familiar, onde se desenvolvem as relações de natureza econômica; a esfera pública seria aquela que ultrapassava os limites e as necessidades da vida familiar.

O adjetivo público tem várias acepções. Pode significar aquilo que se relaciona ao Estado, na qualidade de poder público, o poder organizado da sociedade e materializado numa instituição jurídico-política que detém o monopólio da coerção física legítima. Pode significar também aquilo que é exposto e dado a conhecer a todos, que é notório e manifesto, que todos podem ver e acessar livremente. Pode-se traduzir naquilo que é de todos, isto é, aqueles assuntos que dizem respeito aos interesses de toda a coletividade, a interseção dos interesses de todos os indivíduos ou grupos de indivíduos, enfim, aquilo que é publicamente relevante e coloca a questão da comunidade, vale dizer, os assuntos comuns. (BENTO, 2003, p. 153)

Arendt (1997) busca inspiração nas tradições grega e romana e, nessa perspectiva histórica, ao longo de toda a Idade Média, foram transmitidas as categorias de público e privado nas definições do direito romano (a esfera pública como *res publica*) e no pensamento grego (*pólis*).

O espaço público será o espaço político porque nele os indivíduos teriam a liberdade de se expor, discutir, chegar a um senso “comum”. Liberdade e igualdade para os gregos significavam elevada função política em prol dos interesses coletivos. Atraiam-se às atividades econômicas e seu horizonte e seriam o espaço público (comunidade politicamente organizada e que reconhecia todos como iguais).

Assim, para Arendt (1997), liberdade e igualdade como expressão da esfera pública denotam a elevada função da política no que concerne às deliberações sobre os interesses coletivos para a construção do mundo.

Para Arendt (1997), a história do mundo moderno é a história da dissolução do espaço público, ou seja, ascensão de uma sociedade despolitizada, competitiva. A sociedade semifeudal do séc. XVIII cede lugar para a sociedade

burguesa. O governo de um só homem (governo monárquico) transforma-se na sociedade de massas, absorvendo vários grupos de uma única sociedade. Tal passagem dilui a antiga divisão entre privado e público (político), alterando o significado dos dois termos e sua importância para a vida do indivíduo e do cidadão a ponto de torná-los quase irreconhecíveis.

A visão moderna de esfera privada se enriquece com o individualismo, que não se confunde com a ideia de privado até então vigente (relativo à esfera familiar), e esta passa a ser constituída pela sociedade burguesa como nova esfera privada da sociedade que, por sua vez, concentra poder. A esfera pública burguesa introduz o Estado, que se constitui como figura central na sociedade moderna, para controlar os excessos (meios para vencer as necessidades) e a sociedade civil no jogo das relações políticas, sociais e econômicas.

De acordo com Castro (1999), quando os princípios que caracterizam a esfera pública se contraem em função dos específicos da esfera privada, haverá o descarte da sociabilidade e do sistema comum.

Com o advento da sociedade burguesa, já não se pode separar, como na Grécia antiga, as esfera pública e privada com clareza e precisão, pois no momento em que a vida privada, de família, emerge e se torna do interesse de todos, de interesse em comum, as esferas pública e privada se fundem. A partir daí surge a esfera social que impossibilita a separação dos assuntos econômicos e de produção, como assunto individual, mas sim como assunto de interesse público.

[...] o advento da modernidade, entendida como herança do projeto iluminista fundada na razão, a ascensão da sociedade e a elevação das atividades econômicas ao nível público, todas as questões que antes pertenciam à esfera privada (familiar) transformam-se em interesse coletivo. As categorias pública e privada passam a adquirir aplicação técnico-jurídica com o nascimento do Estado moderno e o surgimento de uma esfera separada, a sociedade burguesa. (RAICHELIS, 2005, p. 49)

No contexto da sociedade burguesa, consolida-se um espaço social que agrega interesses comuns ou públicos de sujeitos privados.

O âmbito social responsável pela mediação entre sociedade civil e Estado, no sentido de fazer valer os interesses da sociedade civil diante do Estado, é o que Habermas denomina de esfera pública burguesa (RAICHELIS, 2005)

Assim, os homens que possuíam o poder econômico e faziam parte da classe burguesa mediavam a relação do Estado com a sociedade civil,

representando-a, apresentando interesses particulares como interesses de toda a sociedade.

2.1 A constituição da esfera pública burguesa

A concepção moderna de esfera pública remete-se a Habermas que a define como esfera pública burguesa, gerada na separação entre Estado e sociedade. Paulatinamente, a partir do final do século XIX, nos países capitalistas avançados, a distinção entre Estado e sociedade vem sendo superada mediante crescente interferência do Estado sobre a organização social.

Como assinala Habermas (1984), a construção da esfera pública burguesa foi conveniente aos interesses econômicos privados burgueses característicos do período liberal em que prevalecia o padrão do comércio em pequena escala. A dissolução da esfera pública burguesa reflete tanto os interesses econômicos privados da burguesia quanto responderia a demandas das classes populares por maior participação política.

Em relação aos interesses privados da burguesia no processo de concentração do capital, as crises, em especial a de 1929, evidenciariam os limites do mercado autorregulador e a necessidade de interferência do Estado para a manutenção do próprio capitalismo.

Quanto aos interesses das classes populares, as lutas sociais pressionaram o Estado e permitiu que as suas reivindicações políticas fossem aceitas sob a forma de leis e medidas administrativas que garantissem a cobertura dos riscos clássicos aos quais estão submetidos os trabalhadores, como velhice, doença, desemprego e acidentes.

Silva (2001, p. 47) descreve essa questão da seguinte forma:

A rigor, a história da lutas de classes tem demonstrado que os avanços em direção a uma maior democratização da sociedade Têm ocorrido naqueles momentos em que a força organizativa das classes populares consegue impor às classes dominantes o alargamento dos direitos políticos e sociais.

Esse padrão de intervenção do Estado sobre as relações privadas, oriundas dos mercados de trocas de mercadorias e de trabalho, consolidou-se ao longo do século XX e universalizou-se nos países capitalistas, inclusive naqueles que compõem a periferia do sistema.

Para Oliveira (1999), a lógica desse padrão de regulação fundamenta-se na segurança coletiva prevalente sobre a lógica do contrato mercantil. Contudo, há uma reviravolta nessa lógica de segurança coletiva institucionalizada representada pelo movimento neoliberal que emerge a partir da década de 1970, no centro do capitalismo, nomeadamente nos Estados Unidos e na Inglaterra.

O neoliberalismo marca como Oliveira (1999) afirma o retorno ao reino do privado e representa a vertente ideológica que busca dar sustentação ao processo de mundialização do capital, no qual se derrubam as barreiras à livre movimentação, acumulação e exploração do capital em suas dimensões produtivas (comandadas pelos conglomerados multinacionais e financeiros e pelos grandes fundos de pensão).

Como afirma Oliveira (1999), esse processo de neoliberalismo prevê a privatização do público, no qual as privatizações das empresas públicas, a desregulamentação e a destituição de direitos universais representam sua manifestação objetiva visível.

A subjetividade que permeia a tentativa neoliberal de dissolução da regulação pública sobre os interesses privados manifesta-se na postura da burguesia quando essa preconiza a desnecessidade do público, deslegitimando o Estado, desqualificando-o, assim como na sua função de publicização do privado que moldou o Estado de Bem-Estar.

Analisando-se especificamente a qualidade que confere identidade ao Estado, entre as teorias que buscam esclarecer a sua formação destacam-se algumas que ainda hoje usufruem de um grande prestígio. Para a teoria de Marx (1818-1883) e seu parceiro Friedrich Engels (1820-1895). O surgimento do poder político e do Estado nada mais é que o fruto da dominação econômica do homem pelo homem. O Estado vem a ser uma ordem coativa, instrumento de dominação de uma classe sobre a outra. Em seu célebre Manifesto do Partido Comunista, Marx e Engels (1987) afirmaram que a história da humanidade sempre foi a história da luta de classes.

Marx (1977) afirma que todos os fenômenos históricos são produtos das relações econômicas entre os homens e que o Estado é uma forma social e histórica cuja existência é particular e relativamente autônoma diante das classes sociais e, portanto, de sua existência para si depende de geração de fundos que lhe permitam seu papel simultaneamente material e social, espacial e histórico.

Segundo Carnoy (1990), Marx considerava as condições materiais de uma sociedade como a base de sua estrutura social e da consciência humana. A forma Estado, portanto, emergiu das relações de produção, não do desenvolvimento geral da consciência humana ou do conjunto das vontades humanas.

Na concepção de Marx, é impossível separar a interação humana em uma parte da sociedade da interação em outra: a consciência humana que guia e até mesmo determina essas relações individuais é o produto das condições materiais, o modo pelo qual as coisas são produzidas, distribuídas e consumidas.

Assim, o Estado capitalista é uma resposta à necessidade de mediar o conflito de classes e manter a “ordem”, uma ordem que reproduz o domínio econômico da burguesia.

Segundo Mézaros (1999), o Estado capitalista está condicionado às condições objetivas de um sistema cuja finalidade é máxima extração do trabalho excedente que favorece a reprodução do capital.

Essa reprodução ampliada do capital gerará contradições estruturais que, se por um lado são inevitáveis para eliminar os obstáculos à expansão, por outro impõem uma substancial perda de autossuficiência por parte das unidades econômicas de decisão.

Por sua vez, para Gramsci (2001), no sentido de dar conta dessas funções, o Estado moderno não pode só se configurar como instrumento de opressão da classe operária, mas precisa também manter um mínimo de aceitação e de consenso. Nesse sentido é que, para Gramsci, com a socialização da política, o Estado se amplia, incorporando novas funções, e incluindo no seu seio as lutas de classes; o Estado ampliado de seu tempo e contexto, preservando a função de coerção (sociedade política) tal como descoberta por Marx e Engels, também incorpora a esfera da sociedade civil - cuja função é o consenso. (MONTAÑO, 1999).

O Estado, como estrutura totalizante de um abrangente sistema de controle é constantemente atualizado, redefinido e ampliado e ao mesmo tempo favorece o processo de acumulação, legítima a ordem burguesa.

No Brasil, em agosto de 1995, Fernando Henrique Cardoso encaminha para o Congresso Nacional o projeto de Emenda Constitucional n.º 173, sobre a Reforma do Aparelho do Estado Brasileiro, promovendo uma ampla reforma na política nos aparelhos do Estado, sob a alegação de que era preciso reduzir o

“Custo Brasil”. Tratava-se, segundo ele, de solucionar a crise da economia brasileira e garantir as chamadas condições de inserção nas economias globalizadas (CARDOSO apud SILVA, 2004).

Essa proposta de reforma não se restringiu ao âmbito federal: passou aos governos estaduais e municipais, que também acompanharam o novo modelo de gestão. Através desse processo, as atividades de administração e gerenciamento dos serviços de saúde foram deslocadas para as organizações sociais, conforme contrato de prestação de serviços e sob a forma de parcerias, leia-se publicização.

O processo de publicização pauta-se, sobretudo, no discurso ideológico da parceria entre Estado e sociedade e da participação da sociedade civil no controle e gestão das políticas sociais, haja vista que as organizações sociais fazem parte do chamado “terceiro setor”.

O chamado “terceiro setor” – que inclui, entre outras entidades, Organizações Não Governamentais (ONGs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) e Organizações Sociais (OSs), estão classificadas como Núcleo de Serviços Não Exclusivos do Estado. Assim, este conceito ideologicamente construído, o chamado “terceiro setor”, tem o seu caráter ideológico, nas palavras de Coutinho (2011, p. 40), cada vez mais claro. Não se trata de mero falseamento da realidade, mas de uma determinação constitutiva desta.

A “função social” da ideologia do “terceiro setor” não consiste em oferecer aos sujeitos um conhecimento adequado das estruturas do capitalismo e muito menos da particularidade das relações sociais em tempos de neoliberalismo, mas possui grande eficácia ao reforçar o processo de constituição dos dominados como “carentes” e “excluídos” em um momento em que a determinação fundamental das relações de produção capitalista leva a um intenso processo de proletarianização em um duplo e contraditório sentido: expropriação dos meios de produção e não inserção direta dos milhões de proletariados no processo produtivo.

É importante ressaltar que, muito embora as políticas estatais sejam reestruturadas, o caráter de classe do Estado tem permanecido. A intenção é pôr em marcha um Estado diminuído em sua base social, mas burocraticamente eficaz para servir ao capital (BORON, 1994).

Foi nesse contexto que, no caso brasileiro, ocorreu a materialização da proposta neoliberal que se tem para o país, direcionada então para a mercantilização do setor saúde. As Organizações Sociais se disseminaram, dando origem ao chamado “terceiro setor”. As ONGs, segundo Coutinho (2011), ascendem

a um patamar de corresponsabilização pelas questões públicas. Segundo a autora, essas organizações não governamentais funcionam como uma espécie de colchão amortecedor das contradições sociais. Trata-se de um fenômeno que se foi gestando na medida da retirada paulatina do Estado de vários setores. Nesta medida, o chamado “terceiro setor” passou a ser considerado como “um espaço não estatal, privado, porém sem fins lucrativos”.

Montaño (1999) adverte para a falta de rigor conceitual e, mais especificamente, para o conteúdo ideológico dessa expressão, pois “terceiro setor” equivale a considerar que a vida social estaria fragmentada em pelo menos três setores claramente distintos e hierárquicos.

O termo é constituído de um recorte social em esferas: o Estado (primeiro setor), o mercado (segundo setor) e a sociedade civil (terceiro setor). Recorte este claramente neopositivista estruturalista, funcionalista ou liberal, que isola e autonomiza a dinâmica de cada um deles, que, portanto, desistoriciza a realidade social. Como se o político pertencesse à esfera estatal, o econômico ao âmbito do mercado e o social remetesse apenas à sociedade civil, num conceito reducionista (MONTAÑO, 1999, p. 53).

Os defensores do chamado “terceiro setor”, utilizando-se de diferentes argumentos, tanto mistificam como encobrem a relação existente entre o Estado e mercado, sob o manto da sociedade civil. Nesse cenário aparecem as instituições de caráter competitivo, mas que se apresentam como as organizações sociais entendidas como entidades públicas não estatais destinadas a absorver as atividades publicizáveis.

Essas organizações sociais estão envoltas no que os autores da reforma do Estado brasileiro denominam de processo de “publicização”. Este consiste em repassar para as chamadas instituições “públicas não estatais” a função de executar políticas sociais com recursos públicos.

As organizações sociais são entidades públicas não estatais destinadas a absorver as atividades publicizáveis. A partir da Lei nº 9637, de 15 de maio de 1998, as associações civis sem fins lucrativos voltadas para os serviços sociais e científicos podem ser transformadas em organizações sociais (PAULA, 2005, p. 128).

O sentido de materializar as atividades a serem executadas pelas entidades públicas não estatais de direito privado tem como fundamento a elaboração de um arcabouço legal que vem conformar compromissos administrativos entre as partes.

Neste contexto de privatização dos serviços estatais foi formulada a Lei nº 9.637/99, conhecida como a Lei das Organizações Sociais de Interesse Público (OSCIP), ou ainda como a Lei do “terceiro setor”, que regulamenta a sua atuação e define as organizações que obterão “certificado” de OSCIPs que possibilita o contrato de parceria com as instituições do Estado, para funcionar mais como executoras de serviços [...] a lei estaria rompendo as velhas amarras e produzindo uma inovação teórica importante: pela primeira vez o Estado reconhece que existe uma esfera pública emergindo. Um conjunto de entes, processos que são públicos, não pela sua origem, mas pela sua finalidade. Que são públicos, embora não estatais (COUTINHO, 2011, p. 57).

É a partir desse contexto neoliberal, que busca converter a publicização do privado para a privatização do público, que deve ser compreendido o fenômeno de consolidação do que a literatura tem denominado usualmente o ‘chamado’ terceiro setor (COUTINHO, 2011, p. 57).

É nessa passagem para o terceiro setor que os direitos sociais perdem a sua conotação de públicos, de universais e assumem um caráter focalizado, precário, de perda da institucionalidade. A proteção social, mediada pelas organizações da sociedade civil, perde a sua natureza sistêmica e passa a operar mediante o atendimento pontual focalizado nas necessidades básicas dos grupos absolutamente vulneráveis.

O que se percebe no Brasil é que esse processo de privatização não é um fenômeno recente, faz parte de todo um desenvolvimento capitalista da formação social brasileira. Analisar as relações entre Estado e Sociedade no Brasil supõe, portanto, repensar as modalidades de combinação entre o estatal e o privado na formação e no desenvolvimento do Capitalismo em nosso país, a simbiose entre público e privado na conformação assumida pelo Estado e nas suas relações com as classes sociais (RAICHELIS, 2005, p. 69).

Na particularidade da formação social brasileira, concordo com Silva (2001, p. 37) quando escreve que a redução das políticas públicas em particular, no Brasil, assim como na América Latina, se insere no âmbito da crise do padrão intervencionista do Estado, cuja explicação estrutural se encontra na redefinição do capitalismo internacional, impondo a exigência do ajuste estrutural das economias capitalistas que coloca como exigência fundamental a reforma do Estado e das políticas sociais.

O resultado concreto dessa orientação neoliberal se expressa na destituição dos direitos trabalhistas e sociais. Montão (2003) ressalta a necessidade de resgatar-se a centralidade desse conflito para que as lutas sociais

sejam fortalecidas na sua função de promover a expansão, no âmbito do Estado, das conquistas e dos direitos sociais do trabalhador.

Segundo Rockefeller (apud LANDIM, 1999, p. 69-70),

o chamado “terceiro setor” contém um vasto número de entidades que não integram o Estado, nem o mercado; não possuem fins lucrativos; e dependem para sua sobrevivência de certo nível de contribuições voluntárias de tempo e dinheiro, a exemplo de escolas e/ou hospitais não estatais, organizações de assistência social, museus, bibliotecas, etc.

A partir dessa lógica, o Estado pôde estabelecer contratos de gestão com estas organizações sociais para prestação de serviços. Eles dizem respeito também aos recursos a serem repassados, assim como às metas a serem alcançadas. No caso específico da saúde, as empresas privadas prestadoras de serviços públicos realizam atos administrativos só em determinados momentos, pois, no outro, quando se relacionam com o cidadão, essas mesmas organizações são consideradas públicas por estarem supostamente mobilizadas em torno de assuntos do interesse geral. Nesse campo, os obstáculos para o acesso aos serviços de saúde são inúmeros e é nesse momento que a eficiência do privado é colocada em xeque.

A dita publicização é, na verdade, a denominação ideológica dada à transferência de questões públicas da responsabilidade estatal para o chamado “Terceiro Setor” (conjunto de entidades públicas regidas pelo direito civil privado) e do repasse de recursos públicos para o âmbito privado. Isto é uma verdadeira privatização de serviços e parte dos fundos públicos. Esta estratégia de “publicização” orienta-se numa perspectiva, na verdade, desuniversalizante, contributivista e não constitutiva de direitos das políticas sociais (MONTAÑO, 1999, p. 45).

Assim, existe uma delimitação das responsabilidades do Estado apenas no que tange ao financiamento dos programas de interesse público, enquanto que as atividades de execução são deslocadas para as organizações privadas com ou sem fins lucrativos. Segundo Raichelis (2005, p. 37),

A esfera pública passa a estar representada não pelos organismos estatais, mas também por organizações sociais que se relacionam com o Estado. É nesse entrelaçamento público/privado que as forças sociais passam a desempenhar funções políticas, ao mesmo tempo em que as instituições políticas assumem alguns papéis no mercado.

É nesse sentido que se pode afirmar que a viabilização da política neoliberal se dá mediante a privatização de recursos públicos para o setor privado “deslocando a estratégia de legitimação da órbita do Estado para o mercado. Atualiza-se através destas mediações a remercantilização dos serviços sociais” pela

via da refilantropização das respostas à questão social (MONTAÑO, 1999, p. 65). Isto é, a privatização do público se expressa na transferência de responsabilização e execução dos serviços garantidos a financiados pelo Estado, para o chamado “Terceiro Setor”.

Os serviços públicos quando concedidos são fiscalizados pelo Estado com vistas à satisfação do interesse coletivo. A razão da fiscalização da atividade concedida está em que administração deve limitar a iniciativa privada a fim de amoldá-la ao interesse coletivo (DERANI, 2002, p.89).

O Estado e o setor privado são, ao mesmo tempo, financiadores e prestadores de serviços. Não é demais lembrar que, em termos de saúde no Brasil, os avanços da normatização da saúde surgiram no bojo das lutas sociais protagonizadas pelo movimento sanitário. Foi um contexto em que os conceitos de saúde e cidadania foram ampliados e configurados como direito.

A Constituição de 1988 referendou esses direitos, resultando na Lei nº 8.080/90, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que instituiu o SUS, gerido democraticamente e com o controle da sociedade através de organismos de participação direta.

O Sistema de Saúde Público no Brasil, a partir da Constituição Federal de 1988, conformou e articulou, em torno da saúde, todas as organizações e estabelecimentos públicos, inserindo neste sistema os estabelecimentos privados conveniados ou contratados pelo poder público. O projeto neoliberal altera sobremaneira propostas como a do SUS, que têm no poder público sua fonte de financiamento e garantia de funcionamento.

Como afirma Silva (2011, p. 18),

No campo da saúde, a reforma do Estado, ao sujeitar essa política aos humores do mercado, debilitou ainda mais os serviços. Até o momento, os movimentos sociais dessa área não conseguiram implementar o Sistema Único de Saúde, tão pouco fortalecer os espaços de participação criados a partir da Constituição de Federal de 1988, nomeadamente os conselhos e as Conferências de Saúde.

O Plano Diretor para Reforma do Estado deslocou o eixo do modelo assistencial, da oferta de serviços oferecidos pelo poder público para um modelo centrado na demanda, em que o mercado assume um papel relevante, principalmente no que diz respeito ao sistema de assistência médico-hospitalar, postulando a descentralização para entidades regionais e a formação de um mix de mercado com regulação estatal mínima.

Pode-se dizer que a inserção neoliberal do Estado brasileiro teve como tônica o desmonte do sistema estatal público em áreas essenciais como saúde, educação e assistência social. Os serviços de saúde pública foram publicizados/terceirizados sob a justificativa de ampliar e modernizar a prestação de saúde médico-hospitalar para garantir a qualidade do atendimento (SILVA, 1998). Nesta parceria, verifica-se mais uma vez a atualização da aliança entre Estado e mercado no âmbito da política de assistência à saúde.

2.2 A mercantilização da saúde no Brasil

No Brasil, as políticas sociais são influenciadas pelas mudanças econômicas ocorridas tanto no plano internacional quanto na ordem da política interna. A proposta de política de saúde construída na década de 1980 tem sido desconstruída. A saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil.

Dessa forma, nos anos de 1980 assistimos a uma fragilização da primazia do “público” sintetizada na sua incapacidade de regular o mercado como contraponto à dinâmica de acumulação capitalista. Assim se deu o crescimento do modelo médico-assistencial privatista na área da saúde, contemplado, paradoxalmente, na Constituição de 1988, na seção que trata da saúde.

Embora o Sistema Único de Saúde (SUS) tenha representado um alargamento do espaço público no contexto das políticas governamentais, tendo-se avançado na direção da socialização da política de saúde, mas sem decidir pela estatização das entidades privadas e filantrópicas, o país criou uma estrutura híbrida, de gestão pública com atendimento particular, leia-se privado.

Assim, torna-se difícil desvendar os meandros do público e do privado pelos labirintos do SUS. No que diz respeito à saúde, existe uma polêmica sobre onde termina o público e começa o privado, o que produz ambiguidade conceitual e uma extensa variedade de programas e projetos políticos.

Desse modo, para se entender o atual modelo de prestação de serviços de saúde no Brasil, convém analisar o que se entende por saúde. O conceito de saúde sofreu modificações ao longo dos tempos de acordo com o nível de organização da sociedade e a intervenção do Estado nesta área.

No século XIX, a saúde pública cuidava dos problemas coletivos, a saber: das epidemias, da vigilância e regulamentação de aspectos da vida econômica e social que interessassem à sociedade. O atendimento aos doentes era considerado assunto privado. Ficava, portanto, sob responsabilidade de cada pessoa, família ou empresa prover atenção sanitária aos seus necessitados.

O cuidado com os desvalidos, pobres, por sua vez se organizou como sistema de filantropia. No século XX rompeu-se este consenso na perspectiva de assegurar o bem-estar coletivo. Surgiu então a expressão saúde pública, cujo marco inicial se deu a partir do curso do desenvolvimento do Estado Liberal Burguês.

A saúde passa a ser considerada de interesse público, amplia-se o escopo e a abrangência das políticas nessa área. O Estado não seria encarregado somente de problemas coletivos, mas também de cada pessoa em particular.

No dizer de Ladeira (2012), a saúde pública se desenvolveu como instrumento de preservação de desenvolvimento do próprio capitalismo no período da Revolução Industrial.

As políticas de proteção social, nas quais se incluem a saúde, a previdência e a assistência social, é considerado produto histórico das lutas do trabalho, na medida em que respondem pelo atendimento de necessidades inspiradas em princípios e valores socializados pelos trabalhadores e reconhecidos pelo Estado e pelo patronato. Quaisquer que sejam seus objetos específicos de intervenção - saúde, previdência ou assistência social -, o escopo da seguridade depende tanto do nível de socialização da política conquistado pelas classes trabalhadoras, como das estratégias do capital na incorporação das necessidades do trabalho. [...] trata-se de uma contradição da sociedade capitalista, cujas mediações econômicas e políticas imprimem um movimento dinâmico e dialético: se, do ponto de vista lógico, atender às necessidades do trabalho é negar as necessidades do capital, do ponto de vista histórico a seguridade social é, por definição, esfera de disputa e negociação na ordem burguesa. (MOTA, 1989, p. 40)

No Estado Liberal, a proteção à saúde é concebida como atividade a ser desempenhada pelo Estado com *status* constitucional exercendo o controle sobre ações relacionadas à saúde pública por meio de práticas de política administrativa, notadamente relacionada à higiene urbana.

Ladeira (2012) relata que o Estado Liberal defende a ausência estatal de interferência na liberdade individual, mas, no caso da saúde pública, admitiam-se interferências na esfera individual para assegurar o controle de epidemias e propagação de doenças.

Ladeira (2012, p. 76), referindo-se à saúde pública, relata que

A saúde pública, portanto, não se confunde com a prestação de serviços públicos de saúde, pois toda e qualquer atividade pública ou privada, relacionada à prevenção de doenças, tratamentos, vigilância sanitária ou de qualquer forma com estes temas relacionados é objeto de disciplina estatal estando inserido no controle estatal e abrangido pela saúde pública.

Pelo exposto, entende-se saúde pública sob dois aspectos: no que diz respeito à coisa pública, sendo a saúde direito de todos e dever do Estado; e no que diz respeito às ações de promoção da saúde de âmbito coletivo ou individual.

Conforme a abrangência das atividades de saúde pública explicitadas acima, é justificável a incorporação de atividades de controle, fiscalização e regulação, bem como das atividades relativas à assistência médica à saúde, ainda que privada, com objeto de intervenção da saúde pública.

No que se refere ao âmbito internacional, houve o reconhecimento do direito à saúde na Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada na 3ª Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), em 10 de dezembro de 1948, conforme o texto a seguir:

Artigo XXII – Toda pessoa, como membro da sociedade, tem direito à segurança social e à realização pelo esforço nacional, pela cooperação internacional e de acordo com a organização e recursos de cada Estado, dos direitos econômicos, sociais e culturais indispensáveis à sua dignidade e ao livre desenvolvimento de sua personalidade [...].

Artigo XXV – Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, o direito à segurança, em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora do seu controle (ONU, 1948).

Ressalte-se outro evento que veio contribuir para o direito à saúde, no ano de 1966, que foi a Assembleia Geral da ONU. Ela aprovou dois pactos relacionados aos direitos humanos. Esse pacto se subdivide em Pacto de Direitos Civis e Políticos e o Pacto dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais.

Segundo Ladeira (2012, p. 77), conforme o Decreto Legislativo nº 226, de 12 de dezembro de 1991. *In Verbis*:

Artigo 12. [...]

1. Os Estados partes no presente pacto reconhecem o direito de todas as pessoas de desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental;
2. As medidas que os Estados partes no presente pacto deverão adotar, com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito, incluirão as medidas que se façam necessárias para assegurar:
 - a) A diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento são das crianças;

- b) A melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e meio ambiente;
- c) A prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças;
- d) A criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade.

Elencando outros diplomas internacionais que também estabeleceram o direito à saúde, destaca-se o Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais – Protocolo de San Salvador (OEA, 1988). *In Verbis*:

Artigo 10 – Direito à saúde:

- 1- Toda pessoa tem direito à saúde, entendida como o gozo do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social.
- 2 - A fim de tornar efetivo o direito à saúde, os Estados partes comprometem-se a reconhecer a saúde como bem público e, especialmente, a adotar as seguintes medidas para garantir esse direito:
 - a) Atendimento primário de saúde, entendendo-se como tal a assistência médica essencial colocada ao alcance de todas as pessoas e famílias da comunidade;
 - b) Extensão dos benefícios dos serviços de saúde a todas as pessoas sujeitas à jurisdição do Estado;
 - c) Total imunização contra as principais doenças infecciosas;
 - d) Prevenção e tratamento das doenças endêmicas, profissionais e de outra natureza;
 - e) Educação da população sobre prevenção e tratamento dos problemas de saúde;
 - f) Satisfação das necessidades de saúde dos grupos de alto risco e que por sua situação de pobreza sejam mais vulneráveis (OEA, 1988).

Conforme o exposto, o direito à saúde configura-se numa perspectiva ampla; portanto, exigindo uma atuação estatal mediante ações preventivas e sanitárias que assegurem serviços de assistência médica e serviços médicos aos usuários de forma integral.

Ladeira (2012, p. 79), baseando-se na Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS), enfatiza que

Ficou acertado que o gozo do grau máximo de saúde que se pode atingir é um dos direitos fundamentais, sem distinção de raça, religião, ideologia política ou condição econômica e social, tendo tido relevo a importância da ascensão de desenvolvimento e fornecimento de saúde para todos os povos em razão do perigo comum decorrente de detrimientos de condições de saúde.

Destarte, é nítido o caráter universal e indissolúvel do direito à saúde numa perspectiva de direito fundamental e social gerando uma interdependência entre os direitos civis, políticos e os direitos econômicos e sociais.

Sendo o Brasil uma nação periférica, pertencente ao terceiro mundo, o capitalismo aqui existente apresenta particularidades e especificidades. Caracteriza-se por ser dependente e subordinado aos países capitalistas centrais, marcados por relações imperialistas de superexploração evidenciadas concretamente através dos seguintes mecanismos: a implantação de uma tecnologia avançada nem sempre condizente com a realidade brasileira; a exploração dos recursos naturais, o que leva ao seu esgotamento, reduzindo nosso potencial de desenvolvimento; a não internalização de parte considerável da mais valia extraída dos trabalhadores brasileiros.

Outro mecanismo que importa frisar é a desarticulação da nossa economia através da implantação de multinacionais, o que traz problemas para a continuidade do desenvolvimento local, e o sistema de trocas desiguais firmado, através do qual as nações hegemônicas determinam o que e como nós devemos produzir.

Apesar da crise econômica e dos altíssimos índices de inflação prevaletentes até meados da década de 90, o BIP brasileiro vem apresentando crescimento nos últimos anos. Esse crescimento incluiu o Brasil entre os quatro países que entre 2003 e 2007 obtiveram um crescimento que representou 65% do PIB mundial.

Dessa forma, o Brasil compõe juntamente com a Rússia, Índia e China um grupo político de cooperação. Em 14 de abril de 2011, o “S” foi oficialmente adicionado à sigla BRIC para formar o BRICS, após admissão da África do Sul (em inglês: South Africa) ao grupo. Os membros fundadores e a África do Sul estão todos em um estágio similar de mercado emergente, devido ao seu desenvolvimento econômico.

Mas, apesar disso, esse crescimento, no entanto, vem sendo acompanhado por uma crise sem precedentes na saúde:

Os gastos públicos com saúde, em 1993, foram de apenas US\$ 51 per capita, dando continuidade a uma curva histórica descendente que se acentua a partir de 1987. Ao mesmo tempo, nesse mesmo ano ocorrem 600 mil casos novos de malária (que estava estabilizada em 200 mil/ano durante a década de 80), 5 mil casos de doenças de Chagas, 5 mil casos de esquistossomose, 49 mil casos de hanseníase, 53 mil casos de cólera e outros 52 mil casos de febre amarela, erradicada há 20 anos no país.

Quanto à assistência médica individual, a crise em que se encontra é notícia cotidiana dos jornais: hospitais públicos superlotados, sem equipamentos e sem medicamentos e com déficit de profissionais; hospitais privados recusando pacientes de baixo poder aquisitivo oriundos da seguridade

social, dado que o Estado remunera mal os serviços prestados pelo setor privado e paga com atraso significativo, numa economia com inflação mensal superior a 40%; e os seguros privados de Saúde – seja para pessoa jurídica (empresa), seja para pessoa física – abrangendo cerca de 32 a 35 milhões de pessoas, são altamente seletivos no que diz respeito à sua clientela e às enfermidades que cobrem.(COHN, 1989, p. 227)

O direito à saúde sempre esteve associado aos direitos sociais e políticos. No interior da realidade contraditória, inerente ao modo de produção capitalista, o Estado assumiu um papel de importância crucial, uma vez que passou a constituir o espaço fundamental das lutas de classe onde se defrontam e se conciliam interesses antagônicos e/ou conflitantes; é o condensador das forças sociais presentes, das relações interclasses e intraclasses que permeiam o todo social.

Dessa forma, segundo Bravo, a assistência à saúde dos trabalhadores: com a industrialização nos países centrais, foi sendo assumida pelo Estado aliado ao nascimento da medicina social na Alemanha, França e Inglaterra. A conquista de alguns direitos sociais pelas classes trabalhadoras foi mediada pela interferência estatal, no seu papel de manutenção da ordem social capitalista e de mediação entre as classes sociais (BRAVO, 2007, p. 89).

No Brasil, no início do século XX a saúde pública se desenvolveu por duas vertentes. A primeira, através do saneamento dos portos e dos centros de produção, para garantir a exportação de matérias primas. A segunda, através das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), para garantir a qualidade dos serviços médicos e aposentadorias.

A política de saúde pública se originou da necessidade de se garantir por um lado as relações comerciais e assim desenvolve-se equacionada a partir de critérios de eficiência econômica e como mera decorrência de investimento do setor produtivo da economia, ou seja, situa-se no contexto da produção capitalista.

Somente na década de 20, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública e do Conselho Nacional de Trabalho, é que se elaborou uma política nacional com o governo federal assumindo ações destes setores.

É nesse período que se iniciou a centralização no governo federal das decisões sobre a política de saúde, e somente nas décadas de 50 a 60 é que o debate sobre a descentralização alcança a sociedade.

Com o golpe militar, esse debate se esvaziou, voltando a crescer na década de 1970, quando toda a sociedade se mobilizava por liberdade e democracia.

Verificou-se na sociedade brasileira, sobretudo com a implantação do Sistema Nacional de Saúde, em 1975, a exploração da doença como objeto de lucro e, o que é pior, com o aval do próprio Estado que mantém uma aliança com empresas privadas, inclusive as multinacionais, aliança esta que se materializa através da proliferação intensa dos serviços privados de saúde no país, do apoio e privilégios concedidos aos empreendimentos dessa natureza e da compra pela previdência social desse tipo de serviço.

Dessa forma, o Estado implementa políticas e programas de saúde por meio de intermediários com os setores privados, os quais se constituem em uma espécie de empresa de prestação de serviços médico-assistenciais que contrata profissionais, que trabalha com uma clientela subvencionada pelo Estado, recebendo pelo atendimento destas parcelas significativas dos recursos públicos, os quais são frutos das contribuições dos trabalhadores aos seguros sociais e dos impostos do consumidor, que constituem a grande fonte de receitas do Estado.

Segundo Mendes (1991, p. 31), o contexto do ano de 1975 configurou-se com:

O modelo médico assistencial privatista definindo as competências das instituições públicas e privadas, propondo mecanismos de integração e coordenação [...] este modelo médico assistencial privatista se assenta num tripé: O Estado como grande financiador do sistema através da Previdência Social; o setor privado nacional, o maior prestador de serviços de atenção médica; o setor privado internacional como o mais significativo produtor de insumos, especialmente equipamentos biomédicos e medicamentos.

Outro aspecto que cumpre enfatizar é a tecnificação da prestação de serviços de saúde, isto é, a introdução de práticas sofisticadas, de aparelhos de alto custo, de tecnologias avançadas, importadas às multinacionais, o que é efetuado por grupos de profissionais – medicina de grupo – que estão, de certa forma, vinculados ao capital estrangeiro.

Pelo exposto, ocorreu um aumento substancial nos custos dos serviços prestados, bem como na exclusão das massas que não têm acesso a esse tipo de serviço. Assim sendo, pode-se afirmar que esse complexo socioeconômico-empresarial tem três consequências principais: a socialização dos custos, já que são os trabalhadores que os financiam; a privatização dos lucros incorporados por uma minoria de empresários e a elitização do sistema, visto que apenas uma minoria da população tem acesso a ele.

Outro aspecto resultante desse processo de mercantilização da saúde diz respeito à ênfase dada à medicina curativa em detrimento da medicina preventiva. Os serviços privados de saúde, enquanto empresas, visam ao lucro.

Cria-se, assim, um círculo vicioso: não se previnem as doenças através de condições de vida digna para a população e tampouco de medidas exclusivamente direcionadas para esse fim; logo, ampliam-se os índices dessas doenças, o que se constitui em um incentivo para o surgimento de novos empreendimentos privados, que não se preocupam em evitá-las.

Portanto, conclui-se que, no Brasil, o que interessa não é um tipo de medicina que pratique a cura nos indivíduos: o que interessa é fazer da saúde uma custosa mercadoria que o Estado compre da empresa privada.

Consolidou-se deste modo, durante a década de 1970, no Brasil, um modelo de assistência à saúde fundada em ações individuais médico-hospitalares priorizando a contratação do setor privado, através da assistência médico-previdenciária e se retraindo das ações de saúde pública, conformando um padrão de intervenção estatal de caráter privatista e excludente.

Privatista por privilegiar a contratação pelo Instituto Nacional de Previdência Social do setor privado para a prestação de serviços médicos, principalmente hospitalares. Por outro lado, configurando-se como excludente por guardar as características do modelo de seguro social que condiciona o direito à assistência à contribuição prévia, excluindo do acesso milhões de brasileiros não vinculados ao mercado formal de trabalho, não contribuinte da previdência social.

No contexto do ano de 1974, foi adotada uma série de mudanças e reformulações que têm rebatimentos e implicações diretas e indiretas nas políticas de saúde. Essas mudanças se constituíram na separação da área previdenciária da área do trabalho, através da Lei nº 6.034, que criou o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS); implantação do Plano de Pronta Ação (PPA), que coloca em pauta a universalização da atenção às urgências.

Segundo Zanon (2001, p. 38), a partir de setembro de 1974:

O Plano de Pronta Ação da Previdência Social permitiu que se fizessem convênios entre o Estado e os hospitais privados, com ou sem finalidade lucrativa, para prestação de serviços médico-hospitalares. Em 1975, o INAMPS possuía 13.500 leitos próprios e o setor privado, 35.500.

O PPA tem a finalidade de organizar as relações da Previdência com diferentes prestadores através de forma de pagamentos por serviços prestados e convênios, por subsídio fixo. Ainda passou a remunerar instituições estatais e a influir fortemente nos hospitais universitários através do protocolo MPAS-MEC, de 23 de outubro, e ainda implanta o Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), através da Lei nº 6.118, com a finalidade de construir uma instância superior de coordenação das ações setoriais no campo social.

Cumprir enfatizar a instituição do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), instrumento destinado a financiar o investimento fixo de setores sociais, e a criação da Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV), que teve grande importância no controle e avaliação dos serviços de saúde.

Segundo Mendes (1991), em 1975 entrou em cena o modelo médico assistencial privatista definindo as competências das instituições públicas e privadas, propondo mecanismos de integração e coordenação.

Dessa forma, em 1997, por intermédio da Lei nº 6.439, criou-se o Sistema Nacional da Previdência Social (SINPAS) que, conjuntamente com a Constituição Federal de 1967-69 e a Lei nº 6.229, conformaram a base jurídica legal do sistema de saúde vigente.

Mendes (1991) acrescenta que essa lei tem sintonia com o Sistema Nacional de Saúde, fruto do movimento de organização da Previdência Social que tinha motivação racionalizadora, buscando, ao mesmo tempo, garantir expansão da população beneficiária e centralização administrativa. Nasceu, então, no contexto de um processo de especialização das organizações previdenciárias, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

Outro fator que vale frisar é a incorporação da CEME ao SINPAS. Foi organizado um conjunto de políticas públicas que montam nos campos político, jurídico-legal e institucional as bases que permitem a hegemonização, na década de 70, do modelo médico assistencial privatista.

Conforme Mendes (1991), o modelo médico assistencial privatista tem como subsistema hegemônico o setor privado contratado e conveniado com a Previdência Social:

Cobria os benefícios daquela instituição e alguns setores atingidos pelas políticas de universalização excludente. Sua sustentação política dava-se

principalmente pela Federação Brasileira de Hospitais (FHB) e, secundariamente, pela Federação das Misericórdias em conluio com a burocracia previdenciária e por alguns sindicatos de trabalhadores. Nesse subsistema localizava-se, também, o núcleo ideológico do modelo através de uma tecnocracia esclarecida situada na Previdência Social (MENDES, 1991, p. 30).

Por outro lado, na saúde, o contexto acenava para uma coincidência entre as propostas dos cuidados primários (acordada em Alma Ata, em 1978) e a necessidade de desenvolver e expandir uma modalidade assistencial de baixo custo para a população excluída pelo modelo médico assistencial privatista.

Conforme o exposto, no Brasil desenvolveu-se uma proposta de atenção primária de forma seletiva, com ações de saúde executadas por programas com recursos escassos direcionados à população de regiões marginalizadas através da oferta de serviços de atenção à saúde com tecnologias simples e baratas.

Dessa forma, percebe-se a inclinação da prestação de serviços de saúde de forma reducionista da atenção primária seletiva através de programas de medicina simplificada ou estratégia de sobrevivência de grupos de risco.

A partir daí, surgiram espaços políticos e institucionais que empreendem um processo de mobilização que passou a exigir liberdades democráticas no setor Saúde. Conforme Mendes (1991), abrem-se dessa forma espaços tanto políticos quanto institucionais para o desenvolvimento contra-hegemônico da saúde que, nos anos 1980 viriam a conformar-se à Reforma Sanitária brasileira.

Profissionais da área, acadêmicos, partidos políticos, lideranças sindicais e populares iniciaram um processo de questionamento sobre o Sistema Nacional de Saúde vigente. Constituíram-se assim as denúncias do projeto político do modelo médico assistencial privatista.

Em decorrência desse movimento, houve pressão por parte de toda a sociedade para que o Estado propiciasse direitos concretos aos indivíduos levando em conta o contexto social e econômico existente, de forma a aumentar os direitos e as liberdades anteriormente conquistados.

Então, o Movimento de Reforma Sanitária desencadeou a formulação de alternativas à política de saúde, já apontando para a necessidade da democratização do setor. Também propiciou a emergência de novos sujeitos, que reivindicavam a universalização do acesso e ao mesmo tempo o reconhecimento da saúde como direito universal.

Segundo Bravo (1996, p. 8), surgiram na arena política dos movimentos sociais novos sujeitos sociais.

A saúde, nessa década, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil.

Em 1979, foi apresentada a proposta de um Sistema Único de Saúde (SUS) no I Simpósio Nacional de Política de Saúde, promovido pela Câmara dos Deputados, quando se aprovou um documento sobre “A Questão Democrática na Saúde” que orienta o Movimento Sanitário.

Cohn (1989, p. 233), referindo-se à Reforma Sanitária, afirma que:

O ideário da Reforma Sanitária consiste na proposta de um sistema único fundamentalmente estatal, sendo o setor privado suplementar àquele, sob controle público e descentralizado. O que estava em questão era a universalização da atenção à saúde, superando-se a histórica dicotomia entre assistência médica individual e ações coletivas de saúde.

Em resposta ao movimento sanitário, o governo criou o Prev-Saúde com o objetivo de descentralizar o sistema. O Prev-Saúde era um programa de serviços básicos que instituía uma rede regionalizada e hierarquizada tendo como componente fundamental o nível da assistência primária de acordo com a formulação das políticas de saúde para toda a América Latina incluindo o Brasil. A grave crise que assolou o setor saúde, levou o governo a adotar o pacote da previdência, criando o Conselho Consultivo de Administração Previdenciária (CONASP).

Todo o interesse nesse projeto era articular estratégia para conter gastos públicos e tentar administrar um sistema que não era único. As diretrizes desse Sistema se direcionavam para a redução da máquina previdenciária do nível estadual, a transferência dos serviços de saúde para os estados e municípios e o estabelecimento de um gestor único de saúde em cada esfera de governo.

Os objetivos do SUDS eram primeiramente a integração das instituições, dando continuidade às AIS, acrescida de descentralização, pois praticamente todos os estados tiveram ações de saúde estadualizadas.

Significa que, a partir daí, hospitais e unidades de saúde administradas pelo governo federal passaram para a administração dos estados e universalização do atendimento através da transferência do Instituto Nacional de Assistência Médica

da Previdência Social para o Ministério da Saúde, e eliminação da famosa carteirinha do INAMPS. Assim, assegurou-se a constituição de um Sistema Único de Saúde que, na 8ª Conferência de Saúde, em 1986, desta vez aberta à participação da sociedade civil, reuniu em Brasília cerca de quatro mil delegados eleitos em todos os estados brasileiros.

As discussões postas em pauta privilegiaram questões sobre financiamento, organização dos serviços, participação popular, recursos humanos e outros temas que serviram de subsídio para elaboração de emendas populares defendidas durante a elaboração da nova Constituição Federal.

Por sua vez, a Constituição Federal, promulgada em 1988, institui o Sistema Único de Saúde, com direção única em cada esfera de governo. Posteriormente à promulgação da Constituição Federal, as leis nº 8.080/90 e 8.142/90 são aprovadas.

Dessa forma, foi extinta no âmbito do Regime Geral de Previdência Social (RGPS) a medicina previdenciária, voltada para a saúde dos trabalhadores e ao mesmo tempo é consubstanciada a Política Nacional de Saúde, direcionada a todos os cidadãos, sem distinções corporativistas, sediada no Ministério da Saúde.

Zanon (2001, p. 38-39), referindo-se à regulamentação do SUS, diz que

O SUS foi regulamentado pela Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para integrar hospitais públicos e hospitais privados credenciados. Em 1989, o Brasil possuía 6.411 hospitais, dos quais 80,4% eram privados e 19,6% públicos [...] em 1996, a rede hospitalar SUS contava com 6.378 hospitais e 55.387 unidades ambulatoriais, totalizando 420.616 leitos. O serviço prestado pela rede é pago pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde, aos Estados e Municípios. O objetivo prioritário do SUS é garantir que todos os cidadãos tenham tratamento efetivo e adequado ao adoecerem, além de aumentar a qualidade e a esperança de vida.

Nos anos 1990 assistiu-se ao redirecionamento do papel do Estado influenciado pela política de ajuste neoliberal. Nesse contexto, no dizer de Simões (2009, p. 124), nos anos 1990:

Apesar da promulgação da Lei nº 8.080/1990, iniciou-se um processo de desmonte das políticas públicas de saúde e de minimização do Estado, transferindo suas responsabilidades para a sociedade civil (organizações sociais e entidades filantrópicas).

Sob o influxo das ideias neoliberais, o Estado passou a assumir apenas o papel de promotor e regulador dessas políticas, incentivando o desenvolvimento de uma esfera pública não estatal, situada na sociedade civil e, por isso, fortemente incentivada pela lógica da administração privada e da contabilidade empresarial.

Nesse quadro, dois projetos convivem em tensão: o Projeto de Reforma Sanitária construído na década de 1980 e inscrito na Constituição Brasileira de 1988, e o Projeto de Saúde articulado ao mercado ou privatista, hegemônico na segunda metade da década de 1990 (BRAVO, 1996).

O Projeto de Reforma Sanitária respalda o SUS, pautado numa concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde. Esse projeto foi fruto de lutas e mobilizações dos profissionais de saúde articulados ao movimento popular

O Projeto de Saúde, articulado ao mercado ou à reatualização do modelo médico assistencial privatista, pautado na política de ajuste tem como principais tendências à contenção dos gastos com racionalização da oferta e descentralização com isenção de responsabilidade do poder central.

Quanto ao papel do Estado, sua tarefa, nesse projeto, consiste em garantir o mínimo aos que não podem pagar, ficando com o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado.

Assim sendo, suas principais propostas são de caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços em nível local com incentivo à publicização.

Sistema Único de Saúde refere-se, em termos conceituais, aos processos jurídico-institucionais e administrativos que viabilizam o acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência. Isto quer dizer que todos os cidadãos têm direito à assistência à saúde, independentemente de vínculo empregatício ou se contribuem ou não para a previdência.

O SUS resultou da formulação e legitimação das estratégias de reordenação do sistema de saúde brasileiro, a partir de diferentes teorias sobre as concepções sobre saúde-doença e distintos projetos de poder na área da saúde.

O termo único refere-se à unificação de dois sistemas: o previdenciário e o do Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais de saúde, consubstanciada na incorporação do INAMPS pelo Ministério da Saúde e na universalização do acesso a todas as ações e cuidados da rede assistencial pública e privada contratada e ao comando único em cada esfera de governo.

Nesses termos, saúde compreendida como resultante e condicionante de condições de vida, trabalho e acesso a bens e serviços, e, portanto, componente

essencial da cidadania democrática e não apenas como ausência de doença e objeto de intervenção da medicina; a saúde tomada como medida de determinações sociais e perspectivas da igualdade contrapõe-se à condição de saúde como mercadoria assistencial que lhe é conferida pela ótica de mercado, economicista.

3 REFORMA DO ESTADO E PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

Nas décadas de 1980 e 1990, as sociedades contemporâneas vivenciaram um conjunto de transformações que não ficaram restritas apenas à base produtiva: atingiu todas as demais esferas da sociedade. A crise estrutural do capital exigiu uma saída neoliberal para enfrentar “um período de crise predominante marcada pela dificuldade de valorização do capital que se manifestou através do esgotamento do padrão fordista keynesiano” (BARBOSA, 2006, p. 21). Como resposta a sua crise de acumulação, um conjunto de medidas, sob a forma de ajustes econômicos e de reformas institucionais, foi colocado em marcha pelo capital a partir dos anos 1980.

O Estado Burguês do tipo *Welfare State*, foi um sistema de proteção social caracterizado pelo intervencionismo estatal, o qual implementou ganhos sociais que, no âmbito do Estado, se manifestou através de um modelo de administração burocrática e de gestão de políticas públicas.

O neoliberalismo se impôs defendendo o mercado como regulador dessas relações sociais, sustentado, fundamentalmente, por argumentações político-ideológicas do tipo privatização, desregulamentação, estabilização econômica e austeridade fiscal. Aplicação desse receituário foi distinto e variou de acordo com cada realidade nacional e regional.

Segundo Anderson (1995), o processo de privatização atendeu ao apelo neoliberal da ineficiência do Estado formatado segundo as diretrizes do chamado Consenso de Washington para os países da América Latina. A modernização dessas economias ficava, agora, a cargo do mercado e da especial intervenção, no campo político, dos organismos internacionais (FMI, Banco Mundial). Isso ensejou que se generalizasse na América Latina o ajuste estrutural e a reforma do Estado.

Através de um conjunto de medidas de ajustes econômicos, as pressões do empresariado e da burocracia estatal convergiam no sentido da retirada de direitos sociais e trabalhistas. Contudo, como afirma Petras (1997, p. 25):

A intervenção do Estado não diminuiu; o que mudou, na realidade, foi o tipo de intervenção. Ao invés de o Estado intervir para nacionalizar, ele privatizou. Quando os bancos privados acumularam muitas dívidas, o Estado interveio para socializar as dívidas, convertendo as dívidas privadas em públicas. O Estado interveio para transferir os recursos econômicos dos serviços sociais dos grupos assalariados para os subsídios aos exportadores.

Assim, o governo FHC inaugurou uma nova ofensiva institucional, ao encaminhar para o Congresso Nacional, o projeto de Emenda Constitucional nº 173 sobre a reforma do aparelho do Estado brasileiro (SILVA, 2001, p. 97). Criou o Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), que teve como ministro Luís Carlos Bresser Pereira, que elaborou o Plano Diretor da Reforma do Estado, documento que traz toda agenda de mudanças e reajustes necessários ao aparelho do Estado. Dessa forma, foi inaugurado oficialmente o processo de reconstrução do Estado, sob o discurso de que essas mudanças significariam a recuperação

[...] da poupança pública e superação da crise fiscal; redefinição das formas de intervenção no econômico e no social através das organizações públicas não-estatais para executar os serviços de educação, saúde e cultura; e reforma da administração pública com a implantação de uma administração pública gerencial. (PEREIRA, 1998, p. 17)

Destarte, a Reforma Administrativa do Estado é uma adaptação da gestão do Estado à concepção de “Estado Mínimo”, onde suas funções se restringem àquelas ligadas aos negócios jurídicos, de segurança e administração própria do governo. No que diz respeito aos serviços não exclusivos de Estado, Bresser Pereira e Spink (1998, p. 186) apontam o seguinte:

Na União, os serviços não exclusivos de Estado mais relevantes são as universidades, as escolas técnicas, os centros de pesquisa, os hospitais e os museus. A reforma proposta é a de transformá-los em tipo especial de entidade não estatal, as organizações sociais. A ideia é transformá-los em “organizações sociais”, ou seja, em entidades que celebrem um contrato de gestão com o poder executivo e contem com a autorização do parlamento para participar do orçamento público.

3.1 A organização da administração pública no Brasil

No bojo da Reforma do Estado, os intentos para a modificação da burocracia estatal brasileira se concretizaram através do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, publicado em novembro de 1995. Ele definiu objetivos e estabeleceu diretrizes para a reforma da administração pública brasileira. Foram definidas as atividades que deveriam ficar sob a responsabilidade direta do Estado, e as que deveriam coordenar e/ou supervisionar e as que deveriam entregar-se para a iniciativa privada.

De acordo com esse plano, o Estado brasileiro deverá ser reestruturado em quatro setores: 1) núcleo estratégico do Estado; 2) as atividades exclusivas do

Estado; 3) os serviços não exclusivos ou competitivos; 4) a produção de bens e serviços para o mercado.

No dizer de Pereira (apud SILVA, 2001, p. 104)

Baseado nos pressupostos da administração gerencial, o governo redefiniu as suas áreas de atuação, distinguindo as atividades exclusivas do Estado, dos serviços sociais e científicos e da produção de bens e serviços para o mercado. Dentre as atividades exclusivas do Estado, foram destacadas as funções de “legislar, regular, julgar, policiar, fiscalizar, definir políticas sociais e fomentar” (Bresser Pereira, 1997:29). A execução das atividades exclusivas do Estado seria por intermédio de três tipos de instituições distintas. No núcleo estratégico do Estado, estão às secretarias formuladoras de políticas sociais que juntamente com os ministros e presidente, participam das decisões estratégicas do governo. No segundo nível, estão as agências executivas, com a responsabilidade de executar as políticas definidas pelo governo. No terceiro, estão as agências reguladoras cuja função é “definir os preços que seriam de mercado. Quanto aos serviços sociais e científicos, eles serão financiados pelo Estado e prestados por organizações sociais não estatais chamadas de organizações sociais.

Para uma primeira abordagem sobre Estado e Administração Pública na atualidade, faz-se necessário situar-se o contexto dos anos 80 sob o impacto da crise do Estado que aborda dois tipos de respostas: nos anos 80, onda neoconservadora apresentou sua proposta de Estado mínimo e nos anos 90 houve a proposta de reforma do Estado.

A emergência de um modelo de gestão baseada na publicização/terceirização de serviços públicos remete à década de 1980, a partir das reformas empreendidas na Inglaterra e Estados Unidos.

Para melhor compreensão do assunto, cumpre ressaltar-se o conceito de Administração Pública adotado por Violin (2010, p. 35)

A administração pública é o conjunto de órgãos instituídos para consecução dos objetivos do governo; é o desempenho perene e sistemático, legal e técnico, dos serviços próprios do Estado ou por ele assumidos em benefício da coletividade; é todo o aparelhamento do Estado preordenando a realização de serviços, visando à satisfação das necessidades coletivas.

O propósito foi aumentar a eficiência administrativa do Estado a partir de medidas de redução da “máquina” e do seu custo, acompanhada da redução do quadro de funcionários e aprimoramento do gerenciamento da administração central por meio da *Efficient Unity*.

A reforma do Estado, que orientou o governo de Thatcher (Inglaterra), recomendava a descentralização das atividades do Estado por meio da criação de

agências executivas e da publicização de serviços públicos. No dizer de Paula (2005, p. 47):

O principal objetivo era separar as atividades de planejamento e execução do governo, definindo claramente quais seriam as unidades operacionais e os centros formuladores de políticas públicas. Ficando a formulação de políticas públicas a cargo dos ministérios e a prestação dos serviços públicos dividido entre as agências executivas e os terceiros contratados, dependendo da natureza do serviço. As agências executivas são unidades que implementam políticas públicas governamentais não terceirizáveis, sendo organizadas em torno de objetivos e conduzidas por pessoal com perfil gerencial. Essas agências fazem parte do governo, mas funcionam sob um contrato de gestão que estabelece suas metas e as responsabilidades dos sujeitos envolvidos.

Cumprе ressaltar a privatização das empresas estatais que atuavam em áreas antes consideradas estratégicas, tais como: empresas de aço, carvão, transporte aéreo, empresas de gás, eletricidade e telefonia. Ao mesmo tempo, era introduzida a lógica de mercado nas áreas da Saúde, serviço de Assistência Social e Educação.

O modelo proposto de reestruturação do Estado e administração pública do Reino Unido se constitui numa modalidade de regulação estatal das atividades da administração pública conduzida nos moldes administrativos e uso de ideias gerenciais advindas do setor privado.

No contexto da década de 1980, o modelo de reestruturação do Estado e administração pública do Reino Unido se tornou uma referência para outros países, inclusive Brasil e o estado do Maranhão.

No Brasil, a organização da administração pública tem percorrido uma trajetória que possibilita distinguir três modelos de administração pública: a administração patrimonialista, a administração burocrática e a administração gerencial.

A administração pública patrimonialista tem o mérito de ser o primeiro modelo de administração do Estado. Neste modelo, não havia distinção entre a administração de bens públicos e bens particulares.

Segundo Bresser Pereira (1998), patrimonialismo significa a incapacidade ou a relutância de distinguir entre o patrimônio público e seus bens privados.

No patrimonialismo, não existia carreiras organizadas no serviço público, os cargos eram todos de livre nomeação do soberano, que direcionava a parentes diretos e demais amigos da família. A troca de favores era uma das práticas

frequentes em prol de cargos públicos. Desta forma, quem detinha um cargo público o considerava como um bem próprio de caráter hereditário.

A característica mais marcante do patrimonialismo se constitui na ausência de divisão entre a propriedade pública e a propriedade privada.

Esse modelo de administração pública vigorou nos Estados até a segunda metade do século XIX, com o surgimento de organizações de grande porte, do processo de industrialização associado à questão social e às demandas sociais emergentes. Esse processo conduziu a máquina administrativa do Estado a adotar um novo modelo de administração que vai responder aos anseios, tanto de interesses privados quanto da sociedade em geral.

No Brasil, a administração estatal ainda teria a missão de alavancar o processo de desenvolvimento nacional.

No que diz respeito à administração burocrática, segundo Bobbio (1981), o termo “burocracia” foi empregado pela primeira vez no século XVIII por Vicente de Goumay, e designava o poder do corpo de funcionários e empregados da administração pública, incumbidos de funções especializadas sob a monarquia absoluta e dependente do soberano, ou seja, tinha forte conotação negativa.

O tema burocracia nos remete até Max Weber (que considerava a burocracia um sistema social burocraticamente organizado, como um tipo de poder ou dominação. Para Weber (1999, p. 212), a burocracia se constitui:

Numa forma moderna por excelência, a mais eficaz de todas de alcançarem objetivos pré-fixados mediante a organização de tarefas coletivas. O burocrata eficiente, discreto conhece os segredos da gestão dos negócios rotineiros e sabe escondê-lo quando lhe convém. O aparato é imprescindível para ação política em sociedades complexas e de grande escala, e a questão não é eliminá-la, mas impedir que ela ganhe proeminência no jogo político, ou seja, assegurar o controle político da burocracia e não o inverso.

Weber (1999) não se referia ao Estado político-intangível, mas aos governos-agentes desses Estados que exercem o poder. Assim é possível atrelar a burocracia a uma forma de poder ou dominação.

O Estado moderno é uma empresa da mesma forma que uma fábrica, pois a relação de poder interna é a mesma. Tanto os trabalhadores quanto os servidores não são donos das ferramentas, suprimentos, recursos financeiros, existindo uma dependência aos empresários ou aos políticos no poder. Ou seja, há separação entre os funcionários e os meios de gestão. (WEBER, 1999, p. 225)

Dando continuidade à discussão da dominação burocrática, segundo Weber (1999) a administração puramente burocrática, considerada do ponto de vista formal, é, segundo toda a experiência, a forma mais racional de exercício de dominação, porque nela se alcança tecnicamente o máximo de rendimento em virtude de precisão, continuidade, disciplina, rigor e confiabilidade.

Para Weber (1999), a dominação racional significa poder legal, em que a obediência se deve a regras, estatutos, contratos, decisões judiciais e outras convenções legalmente estabelecidas que sejam impessoais e sistemáticas por natureza, ou impostas ou aceitas pelos indivíduos. Desta forma, a dominação burocrática se legitima baseada na legalidade, na competência objetiva fundada sobre normas racionalmente criadas.

Gramsci (2001), referindo-se à burocracia, ensina que é verdade que cada nova forma social teve necessidade de um novo tipo de funcionário; também é verdade que os novos grupos dirigentes jamais puderam prescindir, pelo menos durante certo tempo, da tradição e dos interesses constituídos, isto é, das formações de funcionários já existentes e pré-constituídos quando do seu advento.

Marx e Engels (1987) colocam a Burocracia em oposição à Democracia e à relação de igualdade. Na tradição marxista, a Burocracia é entendida como reprodução, ao nível de Estado (e ao nível da organização, conseqüentemente), de relações de dominação, submissão inerente ao modo de produção capitalista.

Pereira (1998, p. 163), referindo-se à administração burocrática no Brasil, diz que:

Tentou-se implementá-la a partir de 1936, com a reforma administrativa executada por Maurício Nabuco e Simões Lopes no governo de Getúlio Vargas. A Administração Pública burocrática foi o primeiro modelo estruturado de Administração Pública no Brasil e contemplou duas fases:

Primeira fase, de 1930 a 1945, denominado modelo clássico, compreende um período marcado pelas primeiras tentativas de profissionalização do serviço público estruturado através da implantação do Departamento de Administração do Serviço Público (DASP)¹ convergindo para se transformar

¹ O DASP, criado em 1936, tinha como objetivo principal a realização da modernização administrativa do país. No início do processo, a Administração Pública – influenciada pela teoria da Administração científica de Taylor – buscou a racionalização por meio da simplificação, padronização e aquisição racional de materiais, revisão de estruturas e aplicação de métodos na definição de procedimentos, bem como foi implantada a função orçamentária vinculada ao planejamento. Na área de administração de recursos humanos, o DASP inspirou-se no modelo weberiano para estruturar a burocracia, ou seja: baseou-se no princípio do mérito profissional. Essa política de recursos humanos, em que pese os esforços realizados, não respondeu adequadamente às necessidades do Estado. Registre-se que, embora a Administração Pública estivesse em processo de mudança, o patrimonialismo ainda se fazia presente no contexto político brasileiro. Desta forma, o coronelismo abria espaço para o clientelismo e para o fisiologismo.

no símbolo de um Estado moderno e de estruturação de uma burocracia pública profissionalizada.

Paula (2005, p. 107) descreve esse período como a república populista caracterizada por uma:

Coexistência entre traços da cultura política patrimonial e bolsões de eficiência administrativa. Assim a reforma do Estado foi limitada pelas forças políticas que sustentavam o governo e impeliam a acomodar o sistema de mérito e o emprego público como favor político.

A segunda fase ocorreu durante o regime militar de 1964 a 1985. Demarcou uma forma de organização tecnoburocrática do aparelho do Estado.

Segundo Paula (2005, p. 107), a reforma realizada durante o regime militar se distinguiu do período anterior:

Por ser mais efetiva em relação à exigência de conciliação política e coligação de força. Melhorando a máquina administrativa por meio de racionalização do Estado e métodos de profissionalização dos administradores [...] apesar de um impacto positivo desse modelo em relação à eficiência, ao mesmo tempo esse processo também contribuiu para a formação de uma tecnocracia estatal que monopolizou o Estado através do autoritarismo e excluiu a sociedade civil dos processos decisórios.

Dessa forma, entrou em cena uma forma de patrimonialismo, no qual os burocratas se apropriavam da essência do Estado, ou seja: constitui-se em forma de dominação política pelos burocratas. O que se coloca em pauta nesse contexto é a articulação entre a dominação patrimonial tradicional e a dominação burocrata, originando posições de poder ocupadas por grupos que ocupam funções especializadas que controlam a economia através do saber.

Nesse sentido, as classes detentoras do poder criam as suas camadas de intelectuais: administradores, coordenadores, supervisores e técnicos aos quais caberia a função de produzir a homogeneização da classe. A organização da produção e a ideologia aparecem intrinsecamente vinculadas.

Segundo Paula (2005, p. 107):

A história da administração pública brasileira foi marcada pelo autoritarismo e por três tipos de patrimonialismo: o tradicional, o burocrático e o político. Os dois últimos moldaram a tecnocracia brasileira do regime militar e que sofisticou o uso patrimonial dos cargos públicos e reforçou o caráter centralizador do Estado.

No governo militar, o Estado continuou como principal promotor do desenvolvimento, mas o fracasso do chamado milagre econômico provocou o questionamento da eficiência do planejamento estatal e da atuação da burocracia pública.

Em paralelo, nos países latinos americanos a recessão econômica dos anos 1980 e a recessão econômica nos países latinos americanos colocaram em pauta a Reforma do Estado.

A tônica das mudanças propostas consistiu em superar o patrimonialismo, a ineficiência, o burocratismo e o autoritarismo estatal em benefício de um Estado mais moderno e democrático.

Na década de 80, as reformas são orientadas sob forte influência dos Estados Unidos, que direcionam as estratégias de reforma orientadas para o mercado, constituindo um modelo adotado na América Latina.

Segundo Paula (2005, p. 46),

Thatcher se comprometeu a mudar este modo de funcionamento do serviço público, aumentando a eficiência administrativa do Estado. Suas primeiras medidas foram reduzir o tamanho da máquina administrativa e o seu custo: a administração central passou de 700 mil funcionários. Em seguida, aprimorou o gerenciamento por meio das ações da Efficient Unity, que tinha como objetivo acompanhar as melhorias na administração do serviço público e executar avaliações de desempenho dos servidores.

A reforma do Estado, assim proposta, recomendava a descentralização das atividades do Estado por meio da criação de agências executivas² e da publicização/terceirização de serviços públicos.

No dizer de Paula (2005, p. 47), a proposta tinha como principal objetivo:

Separar as atividades de planejamento e execução do governo definindo claramente quais seriam as unidades operacionais e os centros formuladores de políticas públicas. Nessa descentralização, a formulação de políticas públicas ficaram a cargo dos ministérios e a prestação de serviços públicos se dividiu entre as agências executivas (unidades que implementam políticas públicas governamentais não terceirizáveis, sendo organizadas em torno de objetivos e conduzidas por pessoal com perfil gerencial). Essas agências fazem parte do governo, mas funcionam sob um contrato de gestão que estabelece suas metas e as responsabilidades dos sujeitos envolvidos.

² Agência executiva são pessoas jurídicas de direito público (cujo objetivo principal é a execução de atividades administrativas) que podem celebrar contrato de gestão com o propósito de obter redução de custos, bem como promover a maximização e o aperfeiçoamento na prestação de serviços públicos. Essas agências possuem um elevado nível de autonomia financeira e administrativa.

As estratégias de reforma criaram organismos de regulação dos serviços nas áreas da Saúde, Assistência Social e Educação. Estabeleceram medidas organizativas e administrativas que se expressaram pela descentralização do aparelho do Estado, pela privatização das estatais, terceirização de serviços públicos e regulação estatal das atividades públicas conduzidas pelo setor privado.

A referida reforma se justificou pelos mesmos motivos que levaram o Reino Unido a seguir esta direção. Por exemplo, o consenso de que a crise das décadas de 1970 e 1980 decorria do mau funcionamento do Estado evidenciado na deficiência e inoperância do serviço público, falta de efetividade, críticas ao tamanho do Estado, no crescimento distorcido e das medidas de bem-estar social, que aumentavam o gasto público e a crise fiscal.

O Estado, denominado social liberal, teria como principal função a regulação, a representatividade política, a justiça e a solidariedade, devendo se afastar do campo da produção e se concentrar na função reguladora³ e na oferta de alguns serviços básicos, não realizados pelo mercado, tais como os serviços de educação, saúde, saneamento, entre outros.

A implementação de reformas administrativas e gerenciais permitiria a focalização da ação estatal no atendimento das necessidades sociais básicas, reduzindo a área de atuação do Estado por meio de três mecanismos: a privatização (venda de empresas públicas), a publicização (transferência da gestão de serviços e atividades para o setor público não estatal) e a terceirização (compra de serviços de terceiros).

Para proceder às mudanças apregoadas no âmbito da Reforma do Aparelho do Estado, deveriam ser removidos os constrangimentos jurídico-legais, notadamente de ordem constitucional, que impediam a adoção de uma administração ágil, com maior grau de autonomia, capaz de enfrentar os desafios do Estado moderno.

No que tange às políticas sociais, para o pensamento neoliberal, estas não são compreendidas como direitos, mas como forma de assistir aos mais necessitados ou como ato de filantropia, daí que a ação do Estado deverá ser

³ O Estado como ente de regulação, assinala Pereira (1998, p. 95), cuida daquelas intervenções decorrentes das mudanças do papel do Estado, em que ele deixa de ser produtor e assume a sua função de ente regulador. A criação das agências reguladoras nasceu da necessidade de normatizar os setores dos serviços públicos, delegados, bem como buscar o equilíbrio e harmonia entre Estado, usuários e delegatários.

focalizada nos pobres, e a sociedade, na figura das organizações não governamentais e no voluntariado, deve ser estimulada a assumir responsabilidades pela resolução dos seus problemas, reduzindo a carga imposta ao Estado ao longo do tempo.

Partindo desse princípio, vem à tona o Movimento Gerencialista que ganhou terreno e passou a recomendar a substituição do sistema burocrático pelo gerencial. O gerencialismo se baseia nos seguintes princípios: o progresso social ocorre pelos contínuos aumentos na produtividade econômica; a produtividade aumenta principalmente através da aplicação de tecnologias cada vez mais sofisticadas de organização e informação.

A aplicação das tecnologias se realiza por meio de uma força de trabalho disciplinada segundo o ideal da produtividade. Os gerentes têm o direito de administrar.

Surgiu nos Estados Unidos o culto à excelência nas empresas, conformando o modelo padrão de empreendedorismo britânico. Essa busca por excelência nas empresas expressava a cultura do *management*, que é definida como crença numa sociedade de mercado livre, visão do indivíduo como autoempreendedor, culto da excelência como forma de aperfeiçoamento individual e coletivo.

A cultura do *management* migrou para outros domínios da vida social como as Artes, a Ciência, a Tecnologia e o governo. Desta forma, nas décadas de 1980 e 1990, disseminou-se a crença gerencial que engendrou a constituição de práticas administrativas que supostamente conduzem à excelência empresarial, surgindo daí o modismo gerencial que faz pressão pela eficiência, excelência e sucesso.

Nesse contexto, foi propagada a ideia de que determinadas ferramentas e práticas administrativas são bem sucedidas. Uma das ferramentas que se torna popular no mundo empresarial é o caso da administração pela “qualidade total e reengenharia”.

Dessa forma, forjou-se um modelo de gerenciamento que se constitui na capacidade de produzir com flexibilidade, baixo custo e qualidade. Esse modelo de produção é conhecido como Toyotismo, modelo que se caracteriza pela oposição ao modelo fordista de produção em massa.

O método adotado nesse modelo é de produção vinculada à demanda individualizada, variada e heterogênea e suficientemente flexível para atender às novas necessidades produtivas, tecnológicas e mercadológicas, valendo-se de novas tecnologias organizativas no contexto da filosofia *just-in-time* de gerenciamento.

A administração da qualidade teve impacto sobre o setor privado, mas em relação à reestruturação das organizações a reengenharia foi muito mais incisiva.

Reengenharia requer reestruturação radical dos processos empresariais para alcançar melhorias drásticas em indicadores de desempenho, redução de custos, qualidade, atendimento e velocidade.

Segundo Paula (2005, p. 60):

Nos anos 1990, o movimento gerencialista e a cultura do management foram transportados do setor privado para o setor público, engendrando o movimento “reinventando o governo” [...] o livro de Osborne e Gaebler, *Reinventando o governo*, comprova que o gerencialismo tinha se deslocado do setor privado para o público.

Dessa forma, a iniciativa pública aderiu a esse modelo de gestão e no Brasil a reforma gerencial de 1995 incorporou a ideia da qualidade.

Segundo Paludo (2012, p. 238):

A qualidade é definida como “a satisfação das necessidades e expectativas do usuário – cidadão”: se ele está satisfeito é sinal de que os serviços têm qualidade, e se ele não está é sinal de que os serviços devem ser melhorados. Portanto não é “simplesmente a presença ou ausência de alguma propriedade” que caracteriza a qualidade no serviço público, mas o atendimento satisfatório dos cidadãos.

A partir daí temos um novo marco teórico e uma nova prática para a administração pública brasileira: a abordagem gerencial que aprimorou a administração burocrática anterior.

Trata-se de aplicar, no Brasil, os postulados do *New Public Management* ou “nova administração pública”. A ideia básica é a de que a eficiência do setor público pode ser melhorada transferindo valores e técnicas do setor privado, tais como reduzir o peso de normas e procedimentos para permitir iniciativas, aumentando a responsabilidade de níveis subordinados e apurando a opinião dos clientes.

O significado de administração pública é gerenciar os propósitos de um governo e os negócios de Estado, procurando atender ao todo, ao coletivo, à

sociedade sem discriminação. Desta forma, a gestão pública, independentemente da organização que a pratique, deverá estar orientada para o público e não para o privado, para o benefício da comunidade.

No entanto, o que se percebe no Brasil é o caráter autoritário da modernização conduzida por incremento de revisão do sistema de controle por parte do capital que não se restringe apenas na base produtiva, visto que o controle interfere na organização da sociedade, no conjunto das relações que se estabelecem entre o capital, o trabalho e o Estado.

Mészáros (1999, p. 95), no que se refere à revisão do sistema de controle do capital, afirma:

Não se restringe às mudanças ocorridas na base produtiva, visto que o bem sucedido controle exercido no âmbito nas unidades particulares de produção está muito longe de ser suficiente para assegurar a viabilidade do sistema do capital como um todo [...].

Dessa forma, torna-se necessária a reforma do Estado, enquanto estrutura totalizante de comando político do capital. As mudanças implementadas refletem uma tendência mais geral dos processos de reestruturação industrial no Brasil, marcados pelas fusões, publicização, terceirizações de serviços voltados para eficiência, qualidade redução de custos.

Nos últimos anos, este é o quadro que prevalece nos serviços públicos e especialmente nos serviços públicos de saúde: que, nas últimas décadas, ocorreram profundas transformações jurídicas administrativas.

3.2 A privatização dos serviços de saúde no Brasil no contexto da Reforma do Estado

A privatização dos serviços de públicos tem-se ampliado no Brasil com bastante evidência na área da saúde.

No campo da saúde, a reforma do Estado, ao sujeitar essa política aos humores do mercado, debilitou ainda mais os serviços. Até o momento, os movimentos sociais dessa área não conseguiram implementar o Sistema Único de Saúde, tão pouco fortalecer os espaços de participação criados a partir da Constituição de Federal de 1988, nomeadamente os Conselhos e as Conferências de Saúde.(SILVA, 2011, p. 18)

Em outubro de 1995, o ministro da Administração Federal e Reforma do Estado, Luiz Carlos Bresser Pereira apresenta a proposta de Reforma Administrativa do Sistema de Saúde do Brasil no Colóquio Técnico Prévio à XXV Reunião do Conselho Diretivo do CLAD, em Buenos Aires. Sugere o documento que se desloque o eixo do modelo assistencial, da oferta de serviços oferecidos pelo poder público, para um modelo centrado na demanda em que o mercado assume um papel relevante, principalmente no que diz respeito ao sistema de assistência médico-hospitalar, postulando a descentralização para entidades regionais e a formação de um mix de mercado com regulação estatal mínima.

Dessa forma, os serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados, que integram o Sistema Único de Saúde, serão desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal e no artigo 7º da lei nº 8.080/90, que conforma os seguintes princípios, no dizer de Bravo (2000 apud SIMÕES, 2009, p. 123):

A saúde pública deve ser concebida como direito universal dos cidadãos e dever do Estado, não contributiva, não sendo mais possíveis, em consequência, quaisquer discriminações entre segurados e não segurados da Previdência Social, população urbana e rural e outras;

As ações e serviços de saúde devem ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle, mesmo quando exercida por entidades particulares;

As ações e os serviços públicos de saúde, prestados pelo Estado, devem constituir-se em um sistema único, integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com a participação da comunidade;

Participação do setor privado no sistema de saúde, em regime complementar, mediante a destinação de recursos públicos, para a subvenção a entidades sem fins lucrativos;

Proibição da comercialização de sangue humano e seus derivados.

Conforme o exposto e art. 197 da Constituição Federal de 1988, são de relevância pública as ações e os 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 (BRASIL, 1988).

Dessa forma, o Art. 199, § 1º, da Constituição Federal de 1988 enfatiza que 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.

Importa ressaltar que a Constituição, no que versa o art. 199, § 1º, permite a participação de instituições privadas de forma “complementar”, impossibilitando que o contrato tenha por objeto o próprio serviço de saúde em sua totalidade, de tal modo que o contratado assumira a gestão de determinado serviço (BRASIL, 1988).

Fica vedado, por exemplo, ao poder público transferir a uma instituição privada toda a administração e execução das atividades de saúde prestadas por um hospital público ou por um centro de saúde; por outro lado, o poder público poderá transferir a uma instituição privada toda a administração e execução das atividades-meio, como limpeza, vigilância, contabilidade, ou mesmo determinados serviços técnicos especializados, como os inerentes aos homocentros, realização de exames médicos, consultas etc.

Por outro lado, a administração pública é regida pelo princípio da eficiência, fato estreitamente vinculado à prévia aprovação em concurso público, onde é demonstrado que o agente que irá prestar o serviço público é o mais capacitado para o ato.

Dessa forma, o Estado, ao prestar o serviço de saúde, deverá fazê-lo por agentes que integram cargos públicos, nas formas previamente previstas pelos preceitos constitucionais. Qualquer norma que não se encontrar em consonância com as formas previstas pelo Legislador Constituinte, que permite a delegação e terceirização da prestação do serviço de saúde diretamente prestado pelo poder público, por via de consequência será inconstitucional.

[...] o ministério público advoga a inconstitucionalidade e ilegitimidade dessas terceirizações, pautando seus argumentos principalmente no art. 198 da Constituição Federal de 1988, em que “saúde é um direito de todos e dever do Estado”; no art. 197, que caracteriza os serviços e as ações de saúde como relevância pública; e na Lei 8.080/90, que, além de responsabilizar o Estado pelas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, faculta à iniciativa privada o caráter complementar das ações, desde que a capacidade instalada do Estado seja insuficiente para atender a população (SILVA, 2001, p. 134).

Assim, a execução dos serviços de saúde diretamente realizada pelo poder público não poderá ser terceirizada, publicizada ou delegada, por ser o serviço público indelegável, e não é passível de transferência ao particular. O que pode ser permitido é o particular ser autorizado pelo poder público, ou seja: o legislador permite, no caso em que haja insuficiência de servidores públicos, para garantir a

cobertura assistencial à população de uma determinada área, recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Conforme os preceitos da Lei Orgânica da Saúde (LOS):

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada (Lei 8.080/90) (BRASIL, 1990a).

Ao mesmo tempo, o Ministério da Saúde estabeleceu a seguinte Portaria:

Art. 2. Quando utilizada toda a capacidade instalada dos serviços públicos de saúde, e comprovada e justificada a necessidade de complementar sua rede e, ainda, se houver impossibilidade de ampliação dos serviços públicos, o gestor poderá complementar a oferta com serviços privados de assistência à saúde (BRASIL, 2006).

A partir do exposto, fica claro o dever estatal para com a saúde, obrigação de prestação direta, pois o serviço público de saúde é um serviço constitucionalmente previsto; dentre eles configuram, em especial, as unidades hospitalares, uma das atividades mais complexas do mundo organizacional.

As Organizações Sociais foram instituídas no Brasil mediante a Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. No Brasil, a contratação de agentes terceiros ocorreu com o processo de Reforma do Estado Brasileiro, no governo de Fernando Henrique Cardoso, com o argumento de que o Estado passou por uma forte crise fiscal, precisando desta forma reestruturar-se, redefinir sua forma de atuação nas esferas econômica e social através do Programa Nacional de Publicização (PNP), que tem como projeto fundamental a institucionalização das OSs.

A Lei nº 9.637/98 criou, no âmbito federal, a qualificação “Organização Social”, que poderá ser concedida pelo Poder Executivo Federal às pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, que atuem na área do ensino, da pesquisa científica, do desenvolvimento tecnológico, da proteção e preservação do meio ambiente, da cultura e da saúde (VIOLIN, 2010, p. 204).

A chamada “publicização” consiste, portanto, no processo de transferência da execução de políticas sociais como educação e saúde, do Estado para as Organizações Sociais.

Para os propositores dos ideais gerenciais na administração pública, a expansão da esfera pública não estatal não significa a privatização de atividades do Estado, mas publicização, na medida em que as novas entidades conservarão seu caráter público, mas de direito privado.

Esse programa de publicização transforma as atuais fundações públicas em organizações sociais, ou seja, em entidades de direito privado, sem fins lucrativos, que tenham autorizações específicas do poder legislativo para celebrar contrato de gestão com o poder executivo e, assim, terem direito à dotação orçamentária; a lograr maior autonomia e maior responsabilidade para os dirigentes desses serviços e lograr adicionalmente um controle social direto desses serviços.

A terceirização poderá ser definida como “contratação de agentes terceiros” em detrimento da contratação direta de empregados, assalariados ou, de forma alternativa, da contratação de trabalhadores autônomos, para prestação de serviços profissionais ou de qualquer outro serviço dentro de uma instituição.

A terceirização originou-se nos Estados Unidos, em 1940, no pós-II Guerra Mundial, através das experiências das indústrias bélicas que passaram a delegar algumas atividades de produção de armamentos às empresas prestadoras de serviços. A utilização da estratégia de terceirização decorreu, nos países de terceiro mundo, da descoberta do cliente e da busca de novas saídas competitivas.

No caso brasileiro, a estratégia de terceirização nos remete ao governo de Juscelino Kubitschek (1956 a 1961), com a chegada das empresas multinacionais, principalmente as empresas automobilísticas que puseram em prática a contratação de terceiros com objetivo de reduzir custos.

A terceirização de áreas e/ou atividades empresariais surgiu, no mercado brasileiro, da necessidade que as multinacionais sentiram em agilizar o processo produtivo. Atualmente muitas empresas têm adotado a estratégia da terceirização como um meio de aumentar o foco nas metas de negócios e não mais como um simples meio de reduzir custos.

Segundo Druck (1999), a terceirização é uma aliada especial no caso dos programas de qualidade, para obter a adesão dos trabalhadores no sentido de assegurar o envolvimento necessário, a motivação para cooperar ou a identificação com a empresa. No dizer desta autora:

A terceirização se constitui numa dimensão central do modelo japonês no Brasil dos anos 90. Dimensão que, conforme já discutido no caso do Japão, tem sido fundamental para garantir os níveis de produtividade alcançados pela indústria japonesa e que se demonstra indispensável para a compreensão da plenitude do modelo. Além de, conforme visto, trazer um conjunto de consequências sociais extremamente graves para o país. No caso brasileiro, a terceirização, embora não assuma uma forma nacional muito diferente da japonesa, tem apresentado novas características nesta década cujas implicações sociais já podem ser avaliadas como fortemente

danosas para os trabalhadores e a sociedade em geral (DRUCK, 1999, p. 128).

No Brasil, a Constituição Federal adotou a noção de serviços públicos e estabeleceu a distinção entre serviços públicos propriamente ditos e atividades econômicas.

Assim, Pereira (1998) faz uma conceituação de serviços públicos afirmando que eles são regidos primordialmente por normas de direito público, ainda que prestados pela iniciativa privada por meio de concessão ou permissão, pois remanesce a titularidade do serviço com o Estado.

Por conseguinte, os serviços públicos são regidos por princípios que lhe são próprios, os quais justificam uma maior limitação da atuação privada quando admitido seu exercício por particulares, inclusive mediante uma maior regulação da atividade para adequá-las às finalidades e objetivos do Estado brasileiro, sem que isso possa ser considerado uma indevida intervenção do Estado na liberdade de iniciativa privada, pois como afirma Eros Grau, nessa hipótese o Estado atua em área de sua titularidade, ao passo que a intervenção se daria nas hipóteses em que o Estado atuasse nas áreas próprias do setor privado [...] na verdade, tratando-se de serviços públicos, a regulação estatal é mais ampla, na medida em que não se limita a adequação das atividades à ordem econômica mediante a fixação de regras de conduta e controle, apresentando, portanto, características que avançam da simples regulação econômica para uma regulação social (LADEIRA, 2012, p. 118-119).

Segundo Simões (2009), serviços públicos são conceituados como próprios do Estado, inerentes a suas atribuições. Por isso, são geralmente gratuitos ou de baixa remuneração, para que fiquem ao alcance de toda a coletividade.

Autores estudiosos da administração pública, segundo Simões (2009, p. 53), classificam a forma de prestação dos serviços públicos ou de utilidade pública em:

Centralizada, descentralizada e desconcentrada e sua execução em direta e indireta. Mas, em qualquer hipótese, tais serviços não perdem sua natureza pública.

O serviço é centralizado quando prestado diretamente por um órgão do Estado, em seu nome e sob sua responsabilidade exclusiva. É descentralizado se esse órgão transfere sua titularidade e execução (ou apenas esta) para outras pessoas jurídicas, especializadas na atividade, sejam elas do próprio Estado (entidades paraestatais) ou particular (empresas privadas, entidades, órgãos civis e outros). Essa transferência é feita por outorga ou por delegação.

Nos termos do art. 10 do Decreto-Lei nº 200/1996 (reforma administrativa), a descentralização consiste na delegação de poderes da administração federal para os Estados e municípios ou para o setor privado, por meio de contratos e concessões.

Há outorga quando o Estado cria uma entidade e, por lei, transfere-lhe tal serviço, sob a presunção de ser definitivo. Por isso, somente por lei este pode ser retirado ou modificado.

Há delegação quando o Estado transfere, por contrato (concessão) ou por um ato unilateral (permissão ou autorização), unicamente a execução do serviço, para que o particular o preste ao público por sua própria conta e risco, porém sob regulamentação e controle do poder público (art. 21, incisos XI e XII, da Constituição Federal). Tal ato pode ser revogado, modificado ou mesmo anulado sob a presunção de transitoriedade ou prazo determinado, renovável ou não.

Nessa perspectiva a publicização e a terceirização de serviços públicos se enquadram quanto à modalidade de execução em indireta, segundo Simões (2009), conforme as condições regulamentares, quando a pessoa jurídica, encarregada do serviço, contratar, com terceiros, sua execução, porém sem lhes delegar os poderes e responsabilidades originários.

Assim, os serviços não exclusivos, o Plano Diretor estabelece que se vise a transferir para o setor público não estatal estes serviços (principalmente saúde), através de um programa de publicização transformando as atuais fundações públicas em organizações sociais.

4 A PUBLICIZAÇÃO DO HOSPITAL DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO ESTADO DO MARANHÃO

O Hospital dos Servidores do Estado do Maranhão, enquanto uma instituição prestadora de serviços de saúde é instituída ao funcionalismo no âmbito do Regime Próprio de Previdência Social (RPPS) na perspectiva de medidas de proteção social direcionada aos servidores e seus dependentes.

A assistência à saúde se constitui em um dos benefícios que contempla a seguridade do funcionalismo público estadual desde a criação do Instituto de Previdência do Estado do Maranhão (IPEM) em 1938. Até então, a Previdência do Estado praticava apenas operações de seguro de assistência através dos benefícios: aposentadoria, pensão, pecúlio de bens imóveis e assistência à saúde.

Na perspectiva de modernização do estado do Maranhão realizada pela interventoria de Paulo Ramos que estabelece uma sintonia com o governo federal, Guilhon (1996, p. 62) informa que:

No Maranhão, Paulo Ramos dizia-se guiado pelos princípios do Presidente Getulio Vargas em termos da orientação administrativa do governo [...] essa perspectiva viabilizou a ampliação da presença do Estado não só no processo produtivo como na regulação da reprodução social, admitindo a assimilação da proteção social e da função distributiva como parte mesmo da estratégia de desenvolvimento. [...] assim, passaram a se constituir áreas fundamentais de atuação na dinâmica de operacionalização da proposta social do governo o trabalho, a saúde e a educação, evidenciando-se assim uma clara ampliação das estruturas e instrumentos administrativos, bem como das instituições públicas nessas áreas.

Sendo assim, estabelece-se a Assistência Médica Odontológica e Farmacêutica, que tem a década de 1970 como o marco fundamental para o privilegiamento da assistência médica previdenciária centrada na prática curativa individual, assistencial e especializada.

Em 1977, a assistência incluiu o atendimento ambulatorial hospitalar, odontológico e farmacêutico. Foi assimilada a finalidade do Instituto pela Lei Delegada nº 131, de novembro de 1997, que dispôs sobre o Sistema Estadual de Previdência Social. O Instituto de Previdência Social reorganizou-se, com base num modelo abrangente, que se inclinou na direção da seguridade social.

A partir da articulação do Estado com interesses do capital, ocorreu a expansão do setor de prestação de serviços médicos, indústria farmacêutica e equipamentos hospitalares.

Durante toda a década de 1970 foram-se ampliando os benefícios, serviços direcionados ao atendimento aos funcionários públicos ligados ao IPEM, mediante convênio pela Secretaria de Saúde estadual. Na década de 1980 se dá a expansão do IPEM em direção à seguridade.

Segundo Guilhon (1996), a assistência médico-hospitalar, em 1982, ainda não contava com um hospital próprio, mas utilizava os serviços de terceiros que eram pagos em sua totalidade diretamente pelo IPEM ou pelo beneficiário:

I – no caso de pagamento direto pelo IPEM, a parte que couber ao beneficiário será consignada em folha de pagamento para desconto parcelado, na forma de empréstimo-saúde, de acordo com o que foi estabelecido em regulamento;

II – no caso de pagamento direto pelo beneficiário, este será reembolsado da parte que couber ao IPEM, mediante comprovação das despesas realizadas de acordo com o que dispuser em regulamento. (art. 40)

Assim a assistência médico-hospitalar era prestada através de serviços próprios ou de terceiros, os convênios e credenciamentos eram as formas previstas para articulação com o prestador privado. Até 1979, o convênio e credenciamentos eram as formas previstas para articulação com o prestador privado (GUILHON, 1996, p. 155).

Na década de 1980, ocorreu a expansão do IPEM em direção à seguridade social. Por outro lado, mudança significativa no âmbito da administração federal evidenciava a crise previdenciária sugestiva de reformas.

No governo de João Castelo foi priorizada uma rede própria de serviços que, no caso da assistência médico-hospitalar, direcionada aos servidores, tem sua execução com a conclusão da primeira etapa do complexo hospitalar-ambulatorial Dr. Geraldo Melo, em outubro de 1980. Assim, o próprio atendimento ambulatorial concorreu para a ampliação da oferta de serviços.

O Hospital dos Servidores do Estado (HSE) – Complexo Ambulatorial e Hospitalar Dr. Carlos Macieira –, no contexto da década de 1980, fazia parte da estrutura organizacional do Instituto de Previdência do Estado do Maranhão (IPEM) e foi concebido para atender única e exclusivamente aos servidores públicos estaduais. No entanto, com o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), o HSE passou a prestar serviços a toda população, haja vista ter sido credenciado junto àquele Sistema.

O Hospital dos Servidores do Estado, na década de 1980, tinha uma capacidade operacional de 300 (trezentos) leitos distribuídos nas clínicas de internação, embora utilizasse apenas 50 (cinquenta) destinados em sua maioria ao

atendimento de pacientes com doenças infectocontagiosas e algumas cirurgias de pequeno e médio portes.

A administração do IPEM fez vários investimentos com o intuito de colocar em funcionamento o HSE de acordo com a capacidade estimada. Entretanto, devido a fatores de toda ordem, não foi possível fazê-lo, mantendo um atendimento precário e insatisfatório para os usuários.

O Hospital dos Servidores ocupa uma área de 30.085,79 m² de terreno, conta com 19.266,90 m² de área construída e dispõe da seguinte estrutura física: seis salas no centro cirúrgico, recuperação pós-anestésica com seis leitos, três salas de apoio ao centro cirúrgico, UTI com dez leitos, pronto-atendimento e pronto-socorro com atendimento 24 horas nas especialidades de clínica médica, cirúrgica, pediatria e ortopedia.

Existem ainda unidades de internação em prédio próprio com sete pavimentos: do primeiro ao quinto andar, com 22 quartos possuindo banheiro privativo, por andar (cada um com 1.200m² de área), com capacidade para quatro ou dois leitos/pacientes. No mesmo prédio, no pavimento térreo, encontra-se o centro cirúrgico, a central de material esterilizado e a UTI. No piso inferior, estão localizados a lavanderia, almoxarifado, vestiários, farmácia, cozinha, refeitório e unidade de pronto-atendimento e pronto-socorro.

Possui também um prédio de dois pavimentos onde estão instalados, no piso inferior, quinze consultórios médicos, oito salas de espera, serviço e enfermagem ambulatorial, setor de radiologia e imagens (tomografia computadorizada, ultrassonografia, ecocardiografia, *holter* e mamografia), serviço de prontuário do paciente e agendamento de consultas.

No piso superior está localizada a administração do Hospital, um anfiteatro, o serviço odontológico, com quatro gabinetes dentários, sete consultórios médicos, duas salas de espera, o laboratório geral e o banco de sangue. Os serviços de gases medicinais, manutenção, caldeira, cabine de força, necrotério e fisioterapia estão instalados em prédios distintos, não contíguos, atrás dos prédios principais.

Além deste estabelecimento completo, como estrutura de uma instituição hospitalar, o Complexo Ambulatorial e Hospitalar Dr. Carlos Macieira também conta com uma grande área de estacionamento e jardins, está localizado numa região voltada ao comércio com fácil acesso e urbanização moderna.

A principal finalidade deste hospital é atender aos servidores públicos do estado do Maranhão e seus dependentes num total de 10.000 (dez mil) segurados, nas seguintes especialidades: Anestesiologia, Angiologia, Ortopedia, Traumatologia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Proctologia, Reumatologia, Nutrição, Nefrologia e Homeopatia.

O governo do Estado do Maranhão, representado pela Secretaria de Estado da Administração e Recursos Humanos e Previdência e o Instituto de Previdência do Estado do Maranhão, em outubro de 1997 sentiu a necessidade do estabelecimento de metas administrativas para a prestação de assistência médico-hospitalar da melhor qualidade.

Dessa forma, foi realizada a parceria com a Pró-Saúde que, de início, já promoveu o reparo das instalações elétricas, hidráulicas e sanitárias do Hospital do Instituto de Previdência do Estado do Maranhão (Hospital dos Servidores do Estado).

Assim, a Pró-Saúde assumiu a responsabilidade da gestão do Hospital Dr. Carlos Macieira, aplicando conceitos de administração cujas bases são gestão profissional e otimização dos recursos disponíveis, busca incessante da qualidade, atendimento humanizado, responsabilidade social, ética, valorização dos recursos humanos e do trabalho em equipe.

Em relação às definições quanto aos recursos humanos do HSE, considerando o número significativo de funcionários lotados no Hospital dos Servidores do Estado – Complexo Ambulatorial e Hospitalar Dr. Carlos Macieira, que era de 748 (setecentos e quarenta e oito), optou-se pela promoção de uma reunião no turno matutino e outra no turno vespertino, com a finalidade de serem prestadas informações necessárias quanto à contratação da Pró-Saúde para gerenciar aquele complexo hospitalar, bem como a destinação dos servidores nele lotados.

Como resultado final dessas reuniões, ficaram definidas as seguintes providências: suspensão das atividades do Hospital e os servidores teriam o direito de optar para onde quisessem ser relotados, haja vista ter ficado assegurado aos mesmos que seriam mantidos os seus empregos, razão pela qual não haveria nenhum motivo para intranquilidade de qualquer natureza; os funcionários lotados na Divisão Infecto-Parasitária (DIP) seriam indistintamente relotados no Hospital Getúlio Vargas, haja vista aquela unidade hospitalar ter ficado com a

responsabilidade de dar continuidade ao atendimento dos pacientes portadores de doenças contagiosas que estavam sendo assistidos no HSE.

A justificativa era que todos os funcionários públicos de cargo efetivo seriam redistribuídos e alocados nos espaços institucionais sob a gestão do Estado. As recomendações eram para se dirigirem ao setor de Recursos Humanos para receber as orientações cabíveis para este fim.

Em relação aos pacientes, foram transferidos para os demais hospitais da rede pública, tanto estadual como municipal. Essa forma de conduzir esse processo de transferência desses serviços promoveu grande revolta nos servidores, considerando que tinham de procurar um local disponível para exercerem suas atividades, acarretando transformações e mudanças que, para os funcionários, foram momentos de angústia, ameaça, temor e ao mesmo tempo sensação de perda.

Percebe-se nesse processo uma grande contradição - a redistribuição dos servidores -, pois, segundo o legislador, é permitido, com a publicização crescente, os serviços serem executados por pessoal do quadro permanente; o abandono do concurso público em favor de uma modalidade de contratação de forma precária e emergencial das relações de trabalho.

O particular deve ser autorizado pelo poder público a prestar assistência médico-hospitalar, no caso em que haja insuficiência de servidores públicos, para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área. Só assim o Estado pode recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Fica claro, conforme o exposto, que esse não era o caso do Hospital Dr. Carlos Macieira, pois na área de recursos humanos o hospital era bem servido, faltando apenas recursos financeiros para fazer funcionar toda a capacidade de atendimento que o hospital estava estruturado para realizar.

Com o comando da Pró-Saúde, foi flexibilizada a contratação de novos funcionários, com contrato de trabalho regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), com carga horária de seis e oito horas diárias, distribuídos nos diversos setores do hospital. No início da gestão, a Pró-Saúde contratou 350 funcionários, sendo que esse número evoluiu para 450 em janeiro de 2005.

A Pró-Saúde administrou o Hospital Dr. Carlos Macieira por quase nove anos, de outubro de 1997 a fevereiro de 2006, e na sua saída contava com um número de 420 funcionários.

A característica básica da publicização no Hospital dos Servidores do Estado do Maranhão, além da já descritas, é a transferência de recursos financeiros necessários, mediante a apresentação das faturas dos serviços efetivamente prestados aos usuários.

Segundo o acordo, a contratada deveria prestar assistência médico-hospitalar de qualidade, garantindo um atendimento prioritário aos segurados e dependentes. O referido contrato de prestação de serviços foi assinado pelas partes envolvidas conforme processo n.º 358/27-Secretaria de Administração, Recursos Humanos e Previdência (SERHP).

Quanto aos recursos financeiros a serem aplicados para dar início às obras de reforma física, na primeira, segunda e terceira etapas o repasse foi no valor total de R\$ 4.721.774,78.

O sistema de disponibilização de serviços médico-hospitalares acordado foi de forma gradual, de acordo com as demandas registradas: consultas básicas, consultas de especialidades, procedimentos ambulatoriais começaram a funcionar em dezembro de 97; SADT/Comum (Serviço Ambulatorial de Diagnóstico e Tratamento), em Janeiro de 98; Pronto atendimento, SADT/complexo I e II, internações em clínicas médicas, pediátrica e cirúrgica, UTI adulto, ações preventivas só a partir de março de 98.

Os procedimentos de Tomografia, Litotripsia, Hemodinâmica, Densitometria Óssea, Ressonância Magnética, Medicina Nuclear, Radioterapia, Quimioterapia, Hemodiálise e Diálise Peritoneal e procedimentos de Neurocirurgia ficaram contratualmente excluídos.

Além da administração prestada pela Pró-Saúde, foram terceirizados os serviços de Cardiologia, Fisioterapia, Radiologia, manutenção, segurança patrimonial e o laboratório de análises clínicas do hospital.

A publicização do Hospital dos Servidores guarda características próprias, estando mais em consonância com a MP 1.591-1/97, hoje Lei Federal nº 9.637, de 13 de maio de 1998, não objetiva somente a publicização da saúde, mas uma parceria com a iniciativa privada (com ou sem fins lucrativos) bem mais ampla.

Conforme notícia divulgada pelo Jornal Notícias Hospitalar, em 1998, o "Hospital do Servidor Público Estadual, em São Luís, no Maranhão, amplia o seu atendimento quando inaugura mais três andares, contando com mais 300 leitos e já se prepara para atender ao seu público através de convênios particulares".

A negociação para o atendimento através de planos particulares de saúde é efetivada com a conclusão da última etapa de totalização dos leitos e, segundo o Secretário Luciano Moreira (entrevista concedida ao jornal revista hospitalares), o custo do investimento em reformas e adequações, informatização e equipamentos foi da ordem de R\$ 4.721.774.78. A partir da Reforma, constata-se um universo de 152.900 atendimentos realizados a contar de dezembro de 1997.

O passo seguinte foi expandir esse atendimento aos planos particulares de saúde, ressaltando-se que esta expansão se deu em razão da não ocupação da capacidade que o hospital dispõe para prestação dos serviços de assistência médico-hospitalar, em função das demandas apresentadas.

Sendo assim, a Pró-Saúde utilizou os espaços disponíveis do Hospital dos Servidores para que as empresas consideradas parceiras (Pró-Cárdio, Pró-Renal, INLAB e outros) executassem serviços de saúde não só aos servidores e seus dependentes como a particulares. Como exemplo, tem-se a disponibilidade de toda a estrutura reformada do quinto andar do hospital para os planos de saúde UNIMED, GEAP Particular e outros.

Essas acomodações, no caso, eram apartamentos com ar condicionado, frigobar, decorados conforme padronização moderna com acomodação para acompanhante. Ao mesmo tempo, disponibiliza prestação de serviço de hotelaria, visita do médico e pareceres, que são cobrados conforme fatura a ser expedida posteriormente à alta hospitalar.

Quanto ao acesso dos servidores a essa ala (Quinto Andar) do Hospital, a única possibilidade seria o acréscimo (pago pelo próprio servidor) da diferença em relação ao plano de atendimento que foi realizado pelo Estado e Pró-Saúde, conforme contrato de prestação de serviços, pois o plano disponibilizado para os servidores eram acomodações em enfermaria de dois e quatro leitos.

Segundo Zanon (2001, p. 40)

Na atualidade, graças à política míope de privatização, iniciada em 1974 com o Plano de Pronta Ação, os hospitais públicos passaram a diminuir os leitos públicos e investiram em instalações luxuosas para atender pacientes particulares ou de planos de seguro-saúde. Por preceito constitucional, o Estado deve prestar assistência médico-hospitalar gratuita à população, sendo, portanto, ilegal a cobrança de serviços. Todavia, a ideologia mercantilista vigente promove a reserva de leitos para quem possa pagar, deixando nos corredores, esperando a vez, aqueles que não podem.

A Pró-Saúde com permissão do governo do estado do Maranhão, ao incluir no atendimento os planos particulares de saúde como alternativa para contornar seus graves problemas de financiamento. Isto se constitui numa prática que induziu a processos de segmentação e discriminação dos usuários.

Segundo os preceitos constitucionais e do SUS, o Estado poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada quando, em determinada área, a capacidade instalada pública de prestação de serviços de saúde está insuficiente; seria assim chamada para participar, de forma complementar, a iniciativa privada, com sua capacidade instalada, ou seja, com seus médicos, instalações, prédios, equipamentos.

O que se percebe, no caso da Pró-Saúde e Hospital dos Servidores do Estado do Maranhão, é que não há insuficiência da capacidade instalada. Pelo contrário: o espaço físico e recursos humanos do HSE eram perfeitamente otimizados. O Estado transferiu o Hospital dos Servidores: prédios, móveis, equipamentos, recursos público e muitas vezes pessoal para a Pró-Saúde, que passou a dispor dos mesmos como se fossem seus, recebendo, em contrapartida, recursos públicos, gerindo-os como se fossem particulares.

Conforme as bases legais estabelecidas pelos artigos 196 e seguintes da Constituição, as Leis nº 8080/90 e 8.142/90 e os princípios básicos e normas técnicas do SUS, a integração dos serviços privados deverá se dar na mesma lógica do SUS.

As contratações ou convênios, na maior parte, são feitos sem licitação. Em alguns casos, cooperativas de médicos foram criadas especialmente para assumir os serviços públicos de saúde.

Em cumprimento a uma das cláusulas contratuais, foi criado, no dia 1º de março de 1998, o Comitê de Controle e Acompanhamento do Processo de Gestão do Hospital dos Servidores. Tinha a função de controlar, acompanhar e avaliar a execução do Contrato de Prestação de Serviços de Administração e do Contrato de Concessão de Uso de Imóvel, Móveis e Equipamentos que, entre si, fazem o Instituto de Previdência do Estado do Maranhão e a Pró-Saúde, e com a interveniência da Secretaria de Estado e Administração, Recursos Humanos e Previdência.

Tinha ainda a responsabilidade de acompanhar e avaliar as reais condições de atendimento e de assistência oferecidas pela Pró-Saúde, bem como

estabelecer instrumentos de acompanhamento e avaliação do nível de satisfação dos servidores atendidos por esses serviços.

Dessa forma, a Portaria nº 001, de 28 de janeiro de 1999, de acordo com o disposto no Decreto nº 15.895-A, de 23 de outubro de 1997, criou o Grupo Integrado de Trabalho (GIT).

Art. 1º. Fica instituído o Grupo Integrado de Trabalho (GIT), com a finalidade de acompanhar, avaliar e fiscalizar o processo de gestão do Hospital dos Servidores do Estado (HSE) pela Sociedade Beneficente São Camilo, e será composto pelos seguintes membros, e com as atribuições de: Médicos(as), Enfermeiros(as), Assistente Social, Dentista, Engenheira(o)

As atribuições são Coordenador, Análise e Conferência de Contas Médico-Hospitalares, Vistoria de uso do Imóvel, Móveis e Equipamentos, Avaliação da Resolutividade do Paciente Internado e Acompanhamento do Atendimento de Qualidade⁴.

O objetivo era avaliar, acompanhar as reais condições de atendimento e de assistência médico-hospitalar oferecidas pela Pró-Saúde desenvolvidas no ambulatório, pronto-socorro e clínicas de internação do Hospital dos Servidores com a finalidade de disponibilizar os resultados para a Secretaria de Administração, Recursos Humanos e Previdência.

Todo o interesse seria estabelecer instrumentos de acompanhamento e avaliação do nível de satisfação dos usuários através do uso estratégico da pesquisa e uniformizar parâmetros de análise dentro dos padrões de qualidade e excelência no atendimento prestado pela Pró-Saúde.

4.1 A Publicização no Maranhão no governo de Roseana Sarney no período de 1995 a 2001

O governo de Roseana Sarney adotou as orientações e ajustes de ordem neoliberal na gestão de seu governo no período demarcado de 1995 a 2001. Nesse contexto, através da Lei nº 7. 356, de 29 de dezembro de 1998, estabeleceu-se a Reforma do Estado do Maranhão, seguindo o modelo da realidade no nível federal: diminuição do tamanho do Estado, modelo de administração gerencial.

⁴ Função que desempenhei durante dez anos na gestão da Pró-Saúde do Hospital dos Servidores do Estado (Hospital Dr. Carlos Macieira), no período de 1998 a 2008.

Moreira (2010, p. 41), referindo-se ao governo de Roseana Sarney, afirma que:

Em 1995, ao iniciar o seu primeiro mandato, Roseana Sarney deparou-se com um quadro de recessão econômica prolongada e desestruturação da máquina pública estadual, requerendo providências imediatas e inadiáveis, sob pena de se inviabilizar a governança e a governabilidade.

O cenário que justificava a Reforma do Aparelho de Estado, segundo Moreira (2010), foram os seguintes problemas: necessidade de controlar os gastos com a folha de pagamento; a Previdência do Servidor Público com ameaça de entrar em colapso; o custeio não parava de crescer; falta de recurso para o investimento programado.

Diante do exposto, elege-se um pacote de mudanças que se concretizam na Reforma do Estado Maranhense conforme a lógica do capital, com a finalidade de:

[...] um Estado relativamente enxuto, ágil e eficiente, isto a partir da análise global e integrada do modelo organizacional vigente e do exame da missão sócio-econômica dos diversos organismos públicos, considerando a conveniência de extingui-los; a viabilidade de privatizá-los ou publicizá-los quando for o caso, ou a simples necessidade de flexibilizá-los (MARANHÃO, 1999, p. 10).

Dando continuidade às mudanças, ainda extinguiu 18 (dezoito) Secretarias de Estado. No lugar delas foram criadas 8 (oito) Gerências, sendo que foram instaladas Gerências de Desenvolvimento Regional em 18 municípios do Estado.

Segundo Silva (2011, p. 36):

As Gerências de Desenvolvimento Regional (GDRs) não possuíam autonomia orçamentária e administrativa. Seu papel, no projeto de reforma, era estender o poder da governadora a cada região do Estado, por meio do que se asseguraria o controle das bases eleitorais e etárias estaduais e se institucionalizaria a prática clientelista. Além disso, foi criada uma estrutura institucional que entrava em choque com as competências das GDRs – ex-secretarias estaduais.

No âmbito da administração indireta (empresas públicas, sociedade de economia mista e fundações), foram extintas cinco autarquias, das dez existentes no Estado, como, por exemplo, o Instituto de Previdência do Estado do Maranhão (IPEM), Instituto de Desenvolvimento de Recursos Humanos (IDRH), Serviço de

Imprensa e Obras Gráficas do Estado (SIOGE), Instituto de Pesquisas Econômicas e Sociais (IPES) e Departamento de Estradas e Rodagens do Maranhão (DER-MA).

No que diz respeito à Reforma da previdência dos servidores públicos, aconteceu mediante a criação de um Fundo Especial de Pensão e Aposentadoria (FEPA) para garantir o autofinanciamento do sistema previdenciário e garantir o custeio de programas sociais voltados para os servidores e suas famílias.

Dando continuidade com o pacote de mudanças, vale enfatizar a parceria com a sociedade civil, através da transferência da gestão do Hospital dos Servidores do Estado, além de mudanças nas áreas de criação do sistema de informatização de gestão e controle nas áreas de pessoal, finanças e execução de programas e projetos.

No que diz respeito à esfera pública social, foi articulado um pacote de proposições que visou redefinir o balanço entre as esferas pública e privada via redução da intervenção do Estado na oferta de bens e serviços de natureza social.

No caso da Política Pública de Educação, conforme discurso do governo: “A principal prioridade de investimento é no ensino básico, assegurando que até o final de 1998 estivessem na escola todas as crianças maranhenses na faixa etária de 7 a 14 anos” (MOREIRA, 2010, p.16).

Segundos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2006), o Maranhão continua liderando as estatísticas em relação ao Brasil e Nordeste na modalidade população fora da escola (de 7 a 14 anos).

Tabela 1 – Distribuição da população fora da escola (de 7 a 14 anos)

Local	Percentual
Brasil	2,8%
Nordeste	3,1%
Maranhão	3,4%

Fonte: PNAD, 2006, IBGE.

Conforme dados do Censo de 2010, essa previsão ainda não se concretizou. O Maranhão é o quarto Estado com o maior percentual de analfabetos na faixa etária acima de dez anos e ocupa a sexta posição entre as unidades federativas com maiores quantidades de pessoas que não sabem ler e escrever. Temos um milhão de habitantes completamente analfabetos, o que representa

19,31% da população. O Estado só perde para os estados da Paraíba (21,9%), Piauí (22,9%) e Alagoas (24,3%). Dados baseados nos resultados preliminares do Censo 2010 (IBGE, 2010).

No que se refere ao ensino superior, a perspectiva era tornar a Universidade Estadual do Maranhão (UEMA) uma autarquia especial, e as outras quatro seriam transformadas em agências executivas. As fundações, ou foram extintas no processo, ou convertidas em Organizações Sociais (OSs).

No Maranhão, na década de 1990, participaram da oferta de serviços de saúde à população as redes públicas, a privada e filantrópica. A rede de saúde pública está sob o comando, em nível macro, da Secretaria de Estado da Saúde, através de 12 Regionais de Saúde, e pelas Secretarias de Saúde dos Municípios. Integra o Sistema Universidade Federal do Maranhão através do Complexo Universitário (Hospitais Presidente Dutra e Materno-Infantil) e outras atividades de Pesquisa e Extensão.

O atendimento é feito por uma rede de postos e Centros de Saúde, Unidades Mistas e Hospitais, que mantêm o controle diretamente das grandes endemias e diversos programas de saneamento básico distribuídos pelo Estado. Somando-se a estas instituições, que são os pilares da assistência à saúde, existem outras, também com vínculo público/privado, que manipulam somas consideráveis de recursos para o atendimento individualizado. O Hospital Dr. Carlos Macieira (Conhecido como Hospital do IPEM) é um dos exemplos de instituição hospitalar nesses moldes.

A partir do exposto constrói-se o quadro abaixo em relação à rede de saúde no Maranhão:

Quadro 1 – Demonstrativo do total de estabelecimentos de saúde no Maranhão no período de 1995 a 2001

Tipo de Estabelecimento	Quantidade
Público Total	1. 754
Público Federal	19
Público Estadual	30
Público Municipal	05
Privado Total	398
Total	2.152

Fonte: Ministério da Saúde, 2005.

A rede privada é extensa e estão representadas por consultórios, clínicas especializadas, laboratórios e hospitais. Atuam em todos os ramos da medicina curativa, principalmente no atendimento materno-infantil, especialidades clínico-cirúrgicas, traumato-ortopédicas, em doença mental, clínica médica e outras.

A rede filantrópica possui poucas unidades. Geralmente participa como rede conveniada e as mais importantes, devido à rede de influência e à própria legislação, são grandes beneficiárias de boa parte dos recursos públicos.

Os dados apontam que não é por falta de instituições de saúde que a população é desassistida. O fator primordial que conduz o setor à realidade até aqui percorrida continua sendo a política do clientelismo, a falta de planejamento, cabendo à Secretaria de Estado da Saúde canalizar esforços para integrar os diversos setores e promover a resolutividade dos serviços, tornando-os mais confiáveis e menos onerosos aos cofres públicos.

Esse processo de transferência da gestão de serviços públicos para as Organizações Sociais tem-se ampliado no Maranhão, assim como no Brasil, com bastante evidência na área da saúde.

Conforme essa situação do nosso povo são muitas as instituições que atuam direta e indiretamente na saúde, o que contribui para a dispersão de recursos, paralelismo de ações e clientelismo político, o que prejudica o setor da saúde no Maranhão.

O discurso da modernização adotado por essa oligarquia é um discurso vinculado à própria lógica do capital, com a ideologia do desenvolvimento como a oportunidade de passagem do atraso para o desenvolvimento ou modernização.

Segundo Silva (2001, p. 160), o Maranhão da oligarquia Sarney está desde a década de 1960:

[...] integrado às necessidades da expansão do capitalismo monopolista no âmbito nacional, em que o Estado através de seus aparelhos garantia o arcabouço jurídico e as condições de infraestrutura para a expansão do capital.

Dessa forma, o estado do Maranhão, na década de 1990, continuou viabilizando propostas de reforma institucional voltadas especificamente para assegurar a governabilidade com o argumento da ingovernabilidade calcada na saturação da agenda pública, particularmente devido aos excessos de direitos sociais contidos na legislação textual da Constituição Federal de 1988.

Assim, foram adotadas propostas de reforma institucional voltadas para assegurar a “governabilidade”, como, no dizer de Santos (1987), viabilizando estratégias partidárias no intuito de manter o oligopólio da oferta de representação por parte da elite oligárquica, diante do processo de erosão acelerada dos mecanismos seculares de controle que exerce sobre parcela do eleitorado no Estado.

A discussão da ingovernabilidade tem dado lugar, no período recente, a uma ênfase nos aspectos relativos à *governance*. *Governance* entendida, como proposto pelo Banco Mundial (1992), como o bom uso dos recursos humanos e materiais para o desenvolvimento. Ou, ainda, como o modo de uso da autoridade pública, portanto distinto do conceito de governabilidade que expressaria as condições sistêmicas de exercício da autoridade pública (MELO, 1998, p. 26).

A reestruturação do aparelho burocrático do Estado que direciona a proposta modernizante conduz a administração governamental com a proposta de planejamento de ações internas articuladas aos objetivos e diretrizes dos Planos Nacionais e Regionais de Desenvolvimento.

Dessa forma, a organização e as relações institucionais presentes no sistema de saúde no caso maranhense revelam um diagnóstico estratégico voltado para as relações de poder que incorporam:

Canais paralelos de participação, dos quais se beneficiam setores sociais, não especificamente pela sua condição de cidadão, mas pelas relações afetivo-clientelista desenvolvidas com os dirigentes. Estes se autoinstituem, no Maranhão, mediadores entre o Estado e a Sociedade, criando cadeias de comando rígidas, com as quais controlam as instituições públicas e privadas. (SOUSA, 1996, p. 130)

No Maranhão, as particularidades desse processo de implementação das OSs são evidenciadas com a publicização do Hospital Dr. Carlos Macieira (HCM) com a chegada da Pró-Saúde no Estado em 1997. A publicização no contexto da Reforma do Estado, no Maranhão, vem sendo apresentado à sociedade como necessária, como assunto de interesse de todos e em benefício do público e que são medidas que devem ser abraçadas e aceitas pela sociedade, além de serem apresentadas como projeto de abertura à participação da sociedade civil na gestão e implementação das políticas públicas.

A implementação das organizações sociais, para gerir e administrar, com recursos públicos, políticas sociais, representa a privatização do público, no momento em que estas instituições são privadas, embora se denominem sem fins lucrativos.

No Maranhão, evidencia-se a privatização do público, que não se restringe apenas às inúmeras privatizações de empresas estatais, estendendo-se até às políticas públicas, políticas resultantes de lutas sociais. A publicização do Hospital Dr. Carlos Macieira é um bom exemplo que indica a implementação da publicização no Estado, alterando significativamente as condições da construção de uma “esfera pública não burguesa”.

Assim vem se desenvolvendo um modelo de administração pública direcionada para o desenvolvimento imposto pelo capital.

4.2 Pró-Saúde: as incongruências da gestão privada do serviço público de atenção à saúde

O Hospital se constitui em uma organização de serviço de saúde que se vem modificando constantemente devido à necessidade de constantes inovações para atender ao avanço da medicina e suas inovações.

Conforme Campos (1978), a organização hospitalar se distingue das demais não apenas pela sua complexidade, mas também pela sua ampla responsabilidade assumida diante do indivíduo nos seus aspectos biológicos, psicossomático e social.

A justificativa do governo do estado do Maranhão em publicizar a gestão do Hospital Dr. Carlos Macieira, concedendo a gestão desse hospital à Pró-Saúde,

está alicerçada no papel da Pró-Saúde e de sua importância. Segundo o Secretário de Administração do Estado do Maranhão,

A Pró-Saúde é uma instituição tradicional pelos trabalhos relevantes que vem desenvolvendo na área de gestão hospitalar. Firmou-se como uma referência institucional pelo alcance de resultados expressivos na prestação de serviços, aos quais está vinculada. Trata-se, pois, de uma experiência exitosa nesse contexto. A parceria que o governo do Estado do Maranhão estabeleceu com a Pró-Saúde está alicerçada no conceito de excelência institucional que ela alcançou. Daí, a decisão em contratá-la para inaugurar um novo e complexo modelo de gestão em nosso Estado (Entrevista concedida ao Jornal Notícias Hospitalares, outubro de 1998).

A gestão da qualidade em instituições de saúde situa-se no momento com o surgimento e incorporação das novas tecnologias através da automação dos meios produtivos, do avanço das comunicações, da informática e das profundas e constantes mudanças de ordem política, econômica e social, tornando o atual contexto altamente dinâmico e instável.

Tais fenômenos refletem-se sobre as instituições através das pressões competitivas e conseqüentemente de ajustes em seus sistemas administrativos para atenderem às novas exigências dos consumidores. Aspectos referentes à qualidade, estratégias, parcerias e gerenciamento de tecnologias estão cada vez mais presentes na rotina da administração contemporânea.

No âmbito da administração em saúde, apesar dos diversos mitos existentes, o contexto não é diferente, muito embora pesquisas realizadas no Brasil no final dos anos 90 demonstrem que é ainda muito pequeno o número de estabelecimentos de saúde que tenham implementado ações com o objetivo de adotarem a gestão da qualidade.

Conforme o exposto, estima-se que cerca de 70% do financiamento dos serviços de saúde no país sejam feitos pelo SUS e os outros 30% são, aproximadamente, por planos de saúde complementar. Assim, os dois grandes compradores, por motivos diferentes, atuam sobre os profissionais e instituições de saúde exigindo eficácia e eficiência, pois necessitam reduzir custos e responder positivamente às demandas do cliente e da sociedade.

Existem inúmeras definições de qualidade. Para uma melhor compreensão, aborda-se qualidade a partir da compreensão de fases ou evolução dos conceitos de qualidade.

Segundo Zanon (2001), situam-se os primeiros conceitos de qualidade desde 5.000 a.C, quando os sumérios praticaram a conservação de seus registros e escrita. Desde 4.000 a.C, egípcios, para construírem as suas pirâmides, já faziam as primeiras marcações na área do planejamento e organização do trabalho e do controle.

A primeira fase da qualidade é chamada de fase de inspeção, dando-se ênfase aos testes, às inspeções de tudo o que era produzido; alguns defeitos são permitidos quando o produto se encontrar dentro dos padrões e a qualidade for uma função separada e enfocada no processo de produção. Zanon (2001, p. 9), referindo-se à fase da inspeção, diz que

A fase de inspeção da qualidade surgiu com a revolução industrial iniciada por volta de 1740. Até o final dos anos 1920, a ênfase da indústria era na produção em massa e na ausência de defeitos dos produtos, sem levar em consideração as necessidades do ser humano, fosse ele empregado ou consumidor. A ausência de defeitos era assegurada pela inspeção de cada item produzido.

Na segunda fase, chamada de qualidade pelo controle do processo, as indústrias passaram a dar ênfase ao controle da qualidade em seus processos. A partir da Segunda Guerra Mundial, observou-se que a qualidade final dos produtos ou serviço era função direta de cada departamento que participava do processo de fabricação. O controle do processo baseia-se em uma relação de causa e efeito.

A terceira fase ocorreu nos Estados Unidos nos anos de 1970 e em 1980, no Brasil. Essa fase introduziu a importância do cliente. A quarta fase aconteceu a partir da década de 1990.

Segundo Zanon (2001), a qualidade passa a ser uma preocupação de toda a empresa e não apenas uma atribuição de alguns profissionais ou de um departamento. Constitui uma tarefa coletiva, em que todos estão voltados para o atendimento das necessidades do cliente. O adjetivo total significa que a gestão da qualidade se estende a toda a empresa.

Assim, Zanon (2001, p. 3) afirma que “qualidade”:

Não é um mero conceito, mas uma ideologia que ao constituir-se de ideias dogmaticamente organizadas se configura como instrumento de luta político-social a partir do momento que reivindica a produção de bens e serviços voltados exclusivamente para o atendimento das necessidades do ser humano, em sua luta pela sobrevivência.

No que se refere à ideologia da Qualidade na Assistência Médico-Hospitalar, passou pelo mesmo processo evolutivo semelhante ao da indústria de bens e serviços, influenciada pelas mudanças introduzidas no ensino da medicina nos Estados Unidos, pelo Relatório Flexner, no início do século XX⁵.

A qualidade da assistência médico-hospitalar era focada na excelência dos agentes. Segundo Zanon (2001), são a especialização dos médicos, a complexidade do equipamento e a atualização da planta física que conferem status de excelência a um hospital.

A primeira avaliação objetiva da assistência médico-hospitalar foi feita em 1912, por Codman, um cirurgião de Boston, que utilizou pela primeira vez o conceito de “*quality of care*”, colocando já naquela época o paciente como principal foco na atenção dos profissionais de saúde.

Através das ideias de Codman, Vergil N. Slee criou a auditoria médica, em 1943 e, em 1972, o Congresso Americano, através do Social Security Act, criou o *Professional Standard Review Organization*, com o objetivo de regulamentar a avaliação dos serviços de saúde.

No Brasil, a qualidade de muitos hospitais ainda é pressuposta pelo grau de capacitação científica e tecnológica dos agentes. Em 1970, os hospitais de Ipanema e o Instituto Nacional do Câncer, no Rio de Janeiro, o Hospital Sara Kubitschek, em Brasília e o Hospital das Clínicas da USP, iniciaram a prática da auditoria médica para avaliação dos aspectos técnicos e administrativos do desempenho da equipe de saúde.

A partir de 1993, o Ministério da Saúde, criou o Sistema Nacional de Auditoria (Art. 6º da Lei nº 8.689 de 27/07/1993, regulamentada pelo Decreto nº 1.651 de 28/09/1995). De acordo com esse Ministério, auditoria é análise prévia, concomitante ou subsequente da legalidade dos atos da administração orçamentária, financeira e patrimonial, bem como a regularidade dos atos técnico-profissionais praticados por pessoas físicas e jurídicas.

Em termos de ideologia da qualidade, a assistência médico-hospitalar encontra-se, pois, ainda na fase de inspeção, segundo Berwick (apud ZANON, 2001,

⁵ Relatório Flexner publicado em 1910 por Abraham Flexner a pedido da Camagie Foudation for advancement of teaching, com o apoio da Fundação Rockefeller. O Relatório Flexner foi responsável pela mais importante reforma da escola médica de todos os tempos nos Estados Unidos da América com profundas implicações para a formação médica e a medicina mundial. A produção do trabalho de Flexner permitiu a reorganizar e regulamentar o funcionamento das escolas médicas dos Estados Unidos e Canadá.

p. 14), “voltada para a aplicação da teoria das maçãs podres, ou seja, flagrar e denunciar erros, como acontece no tradicional sistema de inspeção da indústria”.

A implantação do Controle de Qualidade Total (CQT) no hospital é complexo. Segundo Zanon (2001), isto levou vinte e uma organizações de serviços de saúde dos Estados Unidos a reunirem-se em Boston, em 1987, para discutir como a CQT, que levou o setor industrial a alcançar êxito na década de 1980, seguindo o exemplo japonês, poderia ser útil na assistência médico-hospitalar.

Em 1990, M. Berwick, um pediatra de Harvard, lançou uma obra pioneira sobre gestão na qualidade na assistência médico-hospitalar. Nesse mesmo ano, a *Joint Commission Accreditation of Health Care Organization* (JCHCO) inclui os conceitos do CQT no processo de acreditação dos hospitais americanos.

Segundo Zanon (2001), acreditação é um processo de avaliação, realizado por técnicos de nível superior, especialmente treinados para essa tarefa. A avaliação é norteada por diretrizes emanadas de um manual, cuja preparação leva em conta o que deve ser uma boa assistência médico-hospitalar. Serviços de saúde estabeleceram algumas condições, denominadas “Os sete Pilares da Qualidade em Saúde: Foco no Paciente, Eficácia, Efetividade, Eficiência, Aceitabilidade, Legitimidade e Equidade”.

Foco no Paciente são todos os processos voltados para as necessidades do paciente; Eficácia é a capacidade do cuidado, assumido em sua forma mais perfeita de contribuir para o resultado da melhoria das condições de saúde; Efetividade é o grau em que determinada intervenção, procedimento, regime ou serviço produz um resultado benéfico; Eficiência é a capacidade de obter a maior melhoria possível nas condições de saúde ao menor custo possível; Aceitabilidade é o oferecimento dos serviços que estejam de acordo com a cultura, normas e expectativas dos pacientes e membros de suas famílias; Legitimidade é a conformidade com preferências sociais expressadas em princípios éticos, valores, normas, moral, leis e regulamentos. É a conformidade com as preferências sociais em relação à eficácia, efetividade, eficiência, aceitabilidade e equidade; Equidade é a distribuição de um bem ou serviço de acordo com os objetivos e as necessidades de saúde (ZANON, 2001, p. 67).

Dessa forma, a gestão pela qualidade no âmbito da assistência médico-hospitalar parte do reconhecimento das necessidades das pessoas e estabelece padrões, assegurando, assim, que essas necessidades serão sempre satisfeitas, e melhorar continuamente os padrões para garantir que as pessoas continuarão precisando e desejando o produto ou o serviço prestado.

As dificuldades de implantação do CQT na assistência médico-hospitalar são devido à cultura predominante na maioria dos hospitais que não respeitam o paciente e exploram o profissional de saúde.

Segundo Taublib (apud ZANON, 2001, p. 67), “a área da saúde é uma das mais sacrificadas em nosso país, devido à implantação de políticas equivocadas, tanto econômicas quanto sanitárias”.

Essa situação clama por modelos de gestão adequados que otimizem os recursos aplicados, trazendo melhora da produtividade e satisfação das pessoas assistidas quanto dos profissionais que atuam na prestação de serviços de saúde.

Para melhor compreensão da assistência médico-hospitalar prestada no Hospital Dr. Carlos Macieira, no período de 1998 a 2006, faz-se necessária a averiguação da assistência médico-hospitalar prestada aos servidores do estado do Maranhão e seus dependentes pela Pró-Saúde.

Conforme o exposto, o principal argumento para transferência da gestão de unidades hospitalares a terceiros é a procura de melhoria dos serviços, maior autonomia gerencial e por consequência maior responsabilidade dos gestores, maior qualidade, eficiência administrativa e redução de custos. A assistência médico-hospitalar em relação à prestação de serviços, em função das suas características e particularidades, exige uma transformação do hospital em campo privilegiado para a preservação, manutenção e recuperação da saúde. Portanto, garantir a qualidade da assistência na prestação de serviços de saúde está na identificação clara e minimização de riscos inerentes à prestação de serviços. Na assistência médico-hospitalar convive-se com dois principais riscos: os organizacionais e os pessoais.

Os riscos organizacionais dizem respeito à infraestrutura instalada, ao fluxo de informações deficientes e à responsabilidade mal definida.

Os riscos pessoais estão associados exclusivamente ao envolvimento dos trabalhadores (colaboradores), tais como qualificação, motivação e condições de trabalho; embora as abordagens sejam distintas, os resultados estão diretamente interligados. No âmbito dessa lógica, torna-se necessária a definição de medidas corretivas para eliminar a possibilidade desses riscos que só será possível com a habilitação dos profissionais que atuam nos hospitais à prática dos melhores métodos e terapias possíveis, no interesse da saúde dos usuários; pautar essas atividades assistenciais pelos melhores padrões éticos e pelo respeito à moral e às leis direcionadas à saúde.

Sendo assim, qualidade está ancorada, por um lado, no prestador deste, e, portanto, um ser humano, com sua proficiência e motivação aliada à disponibilidade de recursos para a sua execução com mestria, supondo-se que, quanto mais satisfeitos em suas necessidades ou mais feliz, tanto mais dispostos estarão em prestar serviços, os quais lhe reforçam o sentimento de utilidade com o seu trabalho.

Por outro lado, a assistência à saúde de qualidade também está ancorada no usuário interessado e necessitado dos serviços. Para atingir esse propósito, dependerá dos gestores, do reconhecimento claro de todos os processos institucionais (assistência hospitalar) e da obrigatoriedade do atendimento sistêmico destes.

Outro ponto é o equilíbrio no gerenciamento dos procedimentos normalizados e a consequente medição do desempenho de cada processo descrito e realizado, capazes de contribuir na resolutividade dos problemas que interferem na prestação de serviços de saúde com qualidade.

Com base nos dados coletados junto aos usuários, evidenciou-se que os problemas enfrentados pelos usuários, para obterem uma assistência médica de qualidade no Hospital Dr. Carlos Macieira, têm-se agravado continuamente, a exemplo do setor de Ambulatório. Segundo um usuário do Hospital Dr. Carlos Macieira, o atendimento é demorado, as marcações de consultas exames são feitas de um mês para o outro.

O atendimento é demorado, as marcações são feitas de um mês para outro. Há mais de quatro meses que não tem consultas para especialidade de otorrinolaringologia e dificuldade em realizar os exames laboratoriais (Informação verbal – Relatório GIT/2005).

Elencando o rol de reclamações, cumpre ressaltar as seguintes: usuários encaminhados para realizarem exames através do SUS, pois a Pró-Saúde também deixou de oferecer alguns exames médicos especializados, os quais são definidos como “exclusão contratual”. Desta forma, se o usuário necessitasse desses exames, o Hospital Dr. Carlos Macieira (sob a gestão da Pró-Saúde) não se responsabilizava pela realização dos mesmos.

Essa situação é motivo de insatisfação por parte dos servidores usuários do Hospital Dr. Carlos Macieira que contribuem para terem acesso a esse benefício.

Conforme as bases legais estabelecidas pelos artigos 196 e seguintes da Constituição, as Leis nº 8.080/90 e 8.142/90 e os princípios básicos e normas técnicas do SUS, a integração dos serviços privados deverá se dar na mesma lógica do SUS.

Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades; assim, é vedada a cobrança por serviços médicos, hospitalares e outros, e são de responsabilidade exclusiva da contratada (Pró-Saúde) os danos causados ao paciente decorrentes da omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência praticadas por profissionais ou prepostos.

O atendimento tem que ser integral. Não poderá faltar nada, o que tornará ilícitas as exclusões contratuais de serviços de diagnóstico e tratamento praticadas pela Pró-Saúde, sendo esse um dos problemas enfrentados pelos usuários do Hospital dos Servidores quando precisavam realizar exames tais como Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada e outros.

Essa situação é motivo de insatisfação por parte dos servidores usuários do Hospital Dr. Carlos Macieira que contribuem para terem acesso a esse benefício, embora a Pró-Saúde sempre recebia os R\$ 2.000.000,00 (dois milhões de reais) que eram repassados pelo Estado em parcelas mensais, conforme o que versa no processo nº 358/2007-Secretaria de Administração e Previdência Social (SEAPS).

Por outro lado, a Pró-Saúde ainda recorria aos chamados “termos aditivos”, que se constitui em uma forma de a Pró-Saúde recebesse mais um repasse financeiro, além do citado acima, quando julgava oportuno.

O aporte financeiro público é justificado como uma forma de evitar que essas entidades sucumbam à tendência à mercantilização e à burocratização e se mantenham no espaço público não estatal. Assim, o funcionamento das organizações sociais, condicionado à garantia do financiamento público, entra em contradição como um dos argumentos em defesa dessa nova forma de prestação dos serviços sociais. Ou seja, a questão da autonomia como manifestação da capacidade de a sociedade auto-organizar-se e de encontrar alternativas para a resolução dos seus principais problemas, independente da tutela do Estado.

No campo da saúde, por exemplo, o Ministério Público Federal considera a terceirização dos serviços, por meio de organizações sociais, inconstitucional e ilegal, principalmente pela prática dos governos estaduais. (SILVA, 2001, p.107)

Cumprе ressaltar a falta de ações de serviços que estão contempladas no contrato de prestação de serviços, que não foram implementadas, tais como as ações de caráter coletivo que envolvam a educação em saúde, como exemplo, a

Liga de Hipertensão e Diabetes. Toda prestação de serviços de saúde se concentra nos serviços para tratamento e cura dos agravos apresentados pelos usuários.

Sobre esse fundamento, fere os preceitos do programa de trabalho estabelecido no contrato de prestação de serviços de saúde, causando o não alcance das metas estabelecidas - os respectivos prazos de execução, bem como o desempenho esperado, mediante indicadores de qualidade e produtividade.

Outro problema detectado é a alta rotatividade de leitos. Isto pressiona os médicos a estabelecerem em seus processos de trabalho padrões de tratamento que valorizam a alta rotatividade de leitos; para atingir tal finalidade, foram criadas auditorias médicas internas no sentido de conduzir o tratamento para estabelecer uma breve permanência desses usuários no hospital.

Muitos casos enquadrados nesse sistema voltavam com a mesma brevidade com um quadro de saúde pior do que quando adentrou pela primeira vez no hospital e às vezes evoluíam para óbito.

No que se refere aos trabalhadores, é sabido que a qualidade dependerá também da satisfação dos mesmos. O que se pode evidenciar é que, sob a gestão da Pró-Saúde (especificamente no ano de 2005), há uma alta rotatividade de trabalhadores devido a constantes desligamentos e contratações.

O processo de publicização em curso no Hospital dos Servidores traz um sentimento de insegurança, tanto aos trabalhadores do hospital, como para os servidores usuários dos serviços oferecidos. O processo de reestruturação produtiva implementada desde os meados da década de 1990 no Estado do Maranhão resultou em ataque ao sistema de proteção social do trabalhador, acirrando a precariedade no mundo do trabalho.

Dessa forma, Antunes (1999) afirma que a desregulamentação dos direitos do trabalho, que são eliminados, aumentará a fragmentação interior da classe trabalhadora, principalmente com incrementos de precarização e terceirização da força humana que trabalha.

Destarte, constata-se que os trabalhadores também não estão satisfeitos, principalmente por conta de condições de trabalho não satisfatórias, pois os recursos humanos do hospital eram deficitários em relação à demanda dos serviços a serem prestados.

A realidade que ora se apresenta coincide com as reclamações dos usuários como, por exemplo, pacientes reclamam da demora do atendimento de

enfermagem, principalmente à noite. O que confirma a sobrecarga de alguns trabalhadores, principalmente da assistência médico-hospitalar.

Ainda foi colocado que faltam materiais e equipamentos necessários para o bom desenvolvimento do trabalho, confirmando-se as reclamações dos usuários em relação ao funcionamento de aparelhos e equipamentos.

Constata-se que o atendimento de qualidade pela Pró-Saúde no Hospital Dr. Carlos Macieira estava bem distante de ser concretizado conforme os padrões de qualidade na assistência médico-hospitalar preconizado no Processo de Acreditação dos serviços hospitalares.

Sendo a qualidade ancorada na satisfação de quem presta os serviços e, ao mesmo tempo, de quem recebe os mesmos, e que tanto os usuários como os trabalhadores estão insatisfeitos, dessa forma inviabiliza-se a efetivação da assistência médico-hospitalar de qualidade tão propagada pelos gestores da publicização no HCM. Por outro lado, a gestão terceirizada do Hospital dos Servidores do Estado do Maranhão, no que se refere à assistência médico-hospitalar, conforme os dados apresentados na pesquisa realizada junto aos usuários em relação aos serviços prestados pela Pró-Saúde, (Relatório GIT, 2005), nos revela um quadro de insatisfações, tanto devido aos serviços prestados quanto à insatisfação dos profissionais em relação às condições de trabalho.

Dessa forma, estão ruídas as bases de sustentação para ganhos de qualidade na assistência médico-hospitalar prestada pela Pró-Saúde no Hospital Dr. Carlos Macieira, conforme o exposto acima.

Por consequência, também não se dá a resolutividade dos serviços prestados. Sendo assim, há muitas questões que precisam ser investigadas em relação à garantia de que os serviços públicos prestados por esses gestores da publicização não estão pondo em risco o que o segurado espera do atendimento prestado que é a assistência à saúde na sua integralidade e efetividade.

A Pró-Saúde iniciou suas atividades no Hospital Dr. Carlos Macieira no governo de Roseana Sarney (1995-2001) e saiu no governo de José Reinaldo (2002-2006). A partir daí, a administração do hospital foi entregue para o Instituto de Cidadania e Natureza (ICN).

A atual situação do HCM denota algumas mudanças que se tornam recorrentes, marcando a ampla restrição aos direitos de assistência médico-hospitalar aos servidores públicos estaduais.

Em 2011, o Hospital dos Servidores públicos passou por mais uma rodada de mudanças. Com o discurso de ampliação do hospital, a Secretaria de Saúde (SES), atual administradora do Hospital dos Servidores, incluiu o atendimento de assistência médico-hospitalar aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) que tiverem sido encaminhados por alguma unidade de saúde da rede estadual.

De acordo com a Secretaria Estadual de Saúde (SES), um dos motivos para a ampliação do atendimento no HCM se deu por conta da própria ampliação do hospital: com novos serviços e capacidade de receber procedimentos de alta complexidade, o hospital exigiria maior aplicação de recursos na sua manutenção, e somente a contribuição dada pelos funcionários públicos estaduais em desconto salarial mensal já não estaria sendo suficiente.

A saída encontrada pela SES foi a inclusão dos usuários do SUS, já que com esse serviço ampliado, o hospital recebe recursos também do governo federal. O Hospital Dr. Carlos Macieira passou por reformas estruturantes. Atualmente o Hospital Dr. Carlos Macieira conta com 214 (duzentos e catorze) leitos e 9 (nove) leitos de isolamento, dos quais 3 (três) são unidades de UTI (uma geral e duas de alta complexidade, englobando as áreas de neurologia e cardiologia). Antes da reforma, o hospital dispunha de 89 leitos e 12 (doze) de UTI. (O IMPARCIAL, 18 jun. 2011).

Embora o discurso do governo afirme que os serviços de urgência e emergência do hospital continuarão exclusivos dos servidores públicos, não vem acontecendo essa exclusividade e o atendimento no momento é oferecido à população em geral.

No entanto, os servidores do governo estadual não aceitaram a ideia de prontidão.

Minha mãe, durante toda a vida, contribuiu para a manutenção do antigo Hospital do IPEM, e eu usufruí do local desde pequeno. Mas agora o atendimento está cada vez mais difícil, a ampliação para os usuários do SUS só poderá piorar a situação. “O atendimento já é demorado, as marcações são feitas de um mês para outro. Imagine se ainda mais pessoas forem usar dos mesmos serviços” (Depoimento funcionário público estadual concedido em entrevista ao Jornal O Imparcial, em 18 de junho de 2011).

Dessa vez, a situação denota mudanças drásticas em relação à apropriação do patrimônio, ou seja, a estrutura física do Hospital Dr. Carlos Macieira não é mais referência do Hospital dos Servidores Estaduais. O atendimento aos servidores está direcionado para o Hospital São Luís (HSLZ), na Cidade Operária.

Mudanças no Hospital dos Servidores não passam de jogada política para atender aos interesses particulares no intuito de direcionar recursos públicos para a iniciativa privada. Como exemplo, a descentralização dos serviços médicos, realizados no Hospital São Luís do Servidor Público Estadual (HSLZ).

O secretário de Estado, Fabio Gondim (secretário de Estado da Gestão e Previdência), em correspondência enviada aos servidores, em 2013, informa, que

Novamente boa parte dos serviços médicos atualmente realizados no Hospital São Luís está sendo descentralizada de forma a oferecer mais conforto e comodidade a você e sua família. Os atendimentos ambulatoriais serão oferecidos na Avenida dos Holandeses, no nosso novo Centro Ambulatorial do Servidor Estadual (Caspe).

O Hospital dos Servidores traz na sua trajetória uma marca de constantes mudanças nos processos de administração e condução da gestão dos serviços de assistência médico-hospitalar prestados aos servidores públicos estaduais.

Esse é o cenário em que se coloca a dinâmica atual: direcionado para restringir direitos no âmbito da seguridade do servidor público estadual ao longo dos anos, em favor dos interesses privados sobre os interesses públicos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do final do século XX, os serviços de Saúde Pública no Brasil têm sofrido acelerado processo de transformações cujos traços principais são a assistência médico-hospitalar equiparada à atividade comercial que assemelha o doente a um consumidor dos serviços de saúde.

Esse cenário é decorrente do processo de reestruturação produtiva do capital que evidencia a Reforma do Estado Brasileiro, imposta pelos grupos financeiros internacionais, enfatizando medidas como a publicização das políticas sociais. Igualmente, a condução desse projeto de reforma da política de saúde com reflexos na assistência médico-hospitalar é respaldada na administração pública gerencial invocando os princípios da eficiência, das normas da iniciativa privada e da chamada reengenharia.

O Estado viabiliza medidas de ajuste conforme o projeto de Reforma do Estado Brasileiro, adotando na agenda de decisões governamentais cortes nos gastos sociais. A justificativa para tais medidas são atribuídas à crise fiscal que se manifesta nos meados da década de 1980.

Assim, as políticas sociais saem da responsabilidade exclusiva do Estado e passam a serem implementadas por organizações inseridas no denominado setor público não estatal, a exemplo das Organizações Sociais.

O Estado, agindo dessa forma, está atribuindo maior autonomia e uma maior responsabilidade para os dirigentes destes serviços. Assim declara o Plano Diretor da Reforma (Bresser Pereira):

[...] o Núcleo de Serviços Não Exclusivos, como o setor onde o Estado atua simultaneamente com outras organizações públicas não-estatais e privadas, e onde o Estado está presente por estarem em jogo direitos humanos fundamentais, ou porque estão em questão “economias externas relevantes”. Para este setor, estabeleceu o Governo FHC um processo de privatização por meio da transferência para o “setor público não-estatal” dos serviços nas áreas de ensino, saúde e pesquisa, dentre outros, transformando-se as atuais fundações públicas em organizações sociais, ou seja, entidades de direito público, sem fins lucrativos, que tenham autorização específica do Poder Legislativo para celebrar contrato de gestão com o Poder Executivo e assim ter direito a dotação orçamentária (BRASIL, 1995, p.57-59).

As Organizações Sociais tramitam entre o público e o privado, denominado às vezes como privado, porém público. Isso quer dizer uma

privatização das políticas sociais conquistadas pela classe trabalhadora do nosso país.

As OSs acenam para a proposta de parceria entre o Estado e a sociedade civil, para gestão e execução das políticas sociais; por sua vez, o Estado fica com a fomentação e avaliação dos resultados.

Assim, essa parceria entre o Estado e a sociedade, desde a década de 1990 até os dias atuais, tem trazido um pacote de decisões postas na agenda governamental do processo das políticas públicas incorporando constantes cortes nos gastos sociais, privatizações de estatais, abertura ao capital internacional, publicizações, terceirizações dos setores de serviço, dentre outras.

O Maranhão incorporou tais ajustes através da Reforma do Estado, do governo de Roseana Sarney (1995 a 2000), que favorece a terceirização do Hospital dos Servidores do Estado do Maranhão (Hospital Dr. Carlos Macieira).

A referida Reforma do Estado do Maranhão adotou uma postura de administração pública na perspectiva que propaga o desenvolvimento e modernização da máquina administrativa, desenvolvendo práticas que seguem o modelo das formas de administração pública desenvolvidas desde a década de 1930 até os dias atuais no Brasil.

Essa forma de administração pública voltada para o desenvolvimento e modernização no Brasil está em sintonia com o desenvolvimento baseado em recomendações dos organismos internacionais para viabilizar um amplo processo de privatização do público através de acordos contratuais.

O Maranhão traz, na trajetória histórica da sua administração pública, especificamente das políticas sociais, a exemplo da política de saúde, uma estreita influência conforme foram sendo moldadas a agenda pública e as estratégias políticas e econômicas em cada momento histórico no Brasil.

Ainda que a Reforma do Aparelho do Estado do Maranhão se mostre bem intencionada, respaldada no Plano Diretor da reforma administrativa de Bresser Pereira, esta concepção deverá ser vista com cautela, pois vem atrelada à noção de que as organizações públicas são ineficientes, o que por sua vez justifica a permissão de um acelerado e profundo processo de fragmentação do Estado e de seus mecanismos de responsabilização a partir da criação das Organizações Sociais.

Essas Organizações Sociais tramitam entre o público e o privado,

denominado às vezes como privado, porém público, configurando-se como instituições despidas de forma jurídica pública, que refuta o controle social e permeável à apropriação político-fisiológica tornando consumado um processo de feudalização das instituições públicas.

Retomando a publicização dos serviços de assistência médico-hospitalar praticada pela Pró-Saúde no Hospital dos Servidores do Estado do Maranhão, percebe-se grave redução no grau de efetividade e equidade da assistência médico-hospitalar prestada aos servidores.

Na especificidade da publicização dos serviços de assistência médico-hospitalar do Hospital dos Servidores do Estado do Maranhão (Hospital Dr. Carlos Macieira) caracteriza-se, antes de tudo, um mecanismo de fraude à proteção social na assistência médico-hospitalar instituída aos servidores e seus dependentes.

Assim se revelam esses mecanismos, uma vez que são destinados, essencialmente, a conferir à Pró-Saúde maior grau de flexibilidade na gestão de recursos humanos, materiais e orçamentários, autonomia gerencial e a possibilidade de contratar pessoal sem concurso público.

Destarte, caracteriza-se um modelo de gestão publicizada que desde o início ignora os preceitos constitucionais, princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e Lei Orgânica da Saúde.

Na perspectiva desses preceitos legais, a seguridade dos servidores público do estado do Maranhão expressa na legislação do Sistema Estadual de Previdência Social tem a finalidade de:

Assegurar o direito relativo à previdência social, à saúde e à assistência social de seus segurados ativos e inativos, seus dependentes e pensionistas, compreendendo o conjunto de benefícios e serviços que atendam às seguintes finalidades: garantia de pagamento de pensão por morte; garantia dos meios de subsistência no evento de morte e natalidade; auxílio reclusão; assistência à saúde aos segurados e seus dependentes (MARANHÃO, 2004).

Dessa forma, a seguridade do servidor público estadual de cargo efetivo inserida na agenda de reforma do Estado vem sendo atacada por medidas que não se tratam, certamente, de uma iniciativa que confira ao Estado melhores meios de gestão ou que induzam os gestores públicos a uma ação mais efetiva. Pelo contrário, trata-se de uma manobra como necessidades do próprio Estado de constituir mecanismos para dar conta das exigências que lhe são postas,

manipulando as normas jurídicas, conceitos, princípios e diretrizes que conforma a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/90) e Sistema Unificado de Saúde (SUS).

Desse modo, todo o interesse é de descaracterizar o Estado enquanto responsável direto pela prestação de serviços públicos essenciais e torná-lo um Estado que, no dizer de Oliveira (1999), se constitui em Estado mínimo para executar as políticas sociais e máximo para gerir contratos respaldados na lógica de mercado.

As diversas modalidades de privatização, publicização, terceirização na política de saúde têm como denominador comum a transformação do direito à saúde em mercadoria e o setor privado, da forma como se relaciona com o setor público

Embora a concepção do Plano Diretor conceda a participação de representantes da sociedade nos conselhos de administração dessas instituições, há de se convir que essas instituições, classificadas como OSs, permanecerão atreladas numa perspectiva de controle por parte do capital, em detrimento do controle social.

Essas características se dão pela via do comando político e do clientelismo pela base de sustentação do governo, na ânsia por cargos públicos e favores.

Esses rebatimentos afetam a categoria servidor público, que é descartada de forma destruidora tanto no que se refere aos direitos trabalhistas quanto à destituição dos direitos e benefícios previdenciários e assistência à saúde.

É óbvio que a luta pela preservação do poder através de práticas políticas formadoras e reprodutoras de ideologia, de corte liberal conservador e de práticas envolvidas com o patrimonialismo e clientelismo, têm raízes profundas nesse processo na gestão da administração pública no estado do Maranhão e não vai desaparecer tão facilmente.

Esse é o cenário em que se coloca a dinâmica atual do setor saúde no Brasil, e especificamente no Maranhão, a partir de mudanças nas condições de acessibilidade aos serviços e das novas modalidades de articulação dos interesses público e privado.

Urge que os sujeitos sociais, movimentos reivindicatórios, trabalhadores da saúde, sindicatos dos servidores públicos estaduais e os usuários dos serviços desenvolvam mecanismos de participação democrática e que possam empreender

lutas por interesses coletivos e sociais, especificamente em relação aos serviços de saúde de gestão privatizada.

REFERÊNCIAS

- ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: GENTILLI, P.; SADER, E. **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.
- ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho: ensaios sobre as metamorfoses e a centralidade no mundo do trabalho**. 6. ed. São Paulo: Boitempo, 1999.
- ARENDT, Hannah. **A condição humana**. Rio de Janeiro: Florense, 1997.
- BARBOSA, Zulene. **Maranhão, Brasil: lutas de classes e reestruturação produtiva em uma nova rodada de transnacionalização do capitalismo**. São Luís: Ed. da UEMA, 2006.
- BENTO, Leonardo Valles. **Governança e Governabilidade na Reforma do Estado: entre eficiência e democratização** – Barueri, SP: Manole, 2003.
- BOBBIO, Norberto. **Estado, governo, sociedade para uma teoria geral da política**. São Paulo: Paz e Terra, 1981.
- BORON, Atílio. A. **Estado, capitalismo e democracia na América Latina, Democracia e Reforma Social na América Latina: reflexões e propósito da experiência europeia**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde**. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, 1990a.
- BRASIL. Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. Câmara da Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília, 1995. Disponível em: <[http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/Plano Diretor/planodiretor.pdf](http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/Plano_Diretor/planodiretor.pdf)>. Acesso em: 5 jul. 2013.
- BRASIL. Ministério de Saúde. Sistema Único de Saúde. **Diretrizes para formulação da Política de Recursos Humanos**. Brasília, 1990b.
- BRASIL. **Política Nacional de Saúde: 1990-94**. Brasília, 1990c.
- BRASIL. **Portaria Nº 3.277 de 22 de dezembro de 2006**. Dispõe sobre a participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRAVO, Maria Inês Souza et al. (Orgs.). **Saúde e serviço social**. 3. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: URJ, 2007.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1996.

CAMPOS, Juarez de Queiroz. **O hospital e sua organização administrativa**. São Paulo: LTr, 1978.

CARDOSO, Franci Gomes. Sobre o método marxiano para o conhecimento do ser social. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 1, 1995

CARNOY, Martin. **O Estado e Teoria Política**. São Paulo: Papirus, 1990.

CASTRO, Alba Tereza Barroso. Espaço público e cidadania: uma introdução ao pensamento de Hanna Arendt. **Revista Serviço Social e Sociedade**, v. 59, 1999a.

COHN, A.; Colégio de México. Caminhos da Reforma Sanitária. *Revista Lua Nova*, São Paulo: CEDEC, n. 19, nov. 1989.

COUTINHO, Joana Aparecida. **ONGs e Políticas neoliberais no Brasil**. Florianópolis: Ed. UFSC, 2011.

DERANI, Cristiane. **Privatização e serviços públicos: as ações do estado na produção econômica**. São Paulo: Ma Limonad, 2002.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Parcerias na administração pública**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

DRUCK, Maria da Graça. Terceirização: (DES) Fordizando a fábrica: um estudo do complexo petroquímico. **Cadernos CRH/UFBA**, 1999.

GOMES, Fábio Guedes. Conflito social e welfare state: Estado e desenvolvimento social no Brasil. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, abr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122006000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 nov. 2013.

GRAMSCI, Antonio. Americanismo e fordismo. In: GRAMSCI, Antonio. **Caderno do cárcere**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

GRUPO INTEGRADO DE TRABALHO GIT. **Portaria nº 001**, de 1 de setembro de 1998. Resolução CONSUP nº 001 de 17 de fevereiro de 2004.

GUILHON, Maria Virginia Moreira. **A origem e desenvolvimento do Instituto de Previdência do Estado do Maranhão: interesses, atores e processo de intermediação (1938 – 1982)**. [S.l: s.n.], 1996.

HABERMAS, Jürgen. **Mudança estrutural da esfera pública: investigação quanto a uma categoria da sociedade burguesa**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em 11 nov. 2013.

LADEIRA, Fernando de Oliveira Domingues. **Regulação estatal e assistência privada à saúde**: liberdade de iniciativa e responsabilidade social na saúde suplementar. Belo Horizonte: Fórum, 2012.

LANDIM, Leilah (Orgs.). **Ações em sociedade**: militância, caridade, assistência social. Rio de Janeiro: NAU, 1999.

MARANHÃO. Gerência de Administração. **O ABC da Reforma**. São Luís, 1999. (Série Reforma do Estado do Maranhão - o modelo gerencial, 4).

MARANHÃO. Instituto de Previdência do Maranhão. **Consolidação da Legislação do IPEM**. São Luís: SIOGE, 1991.

MARANHÃO. **Lei Complementar nº 073, de 04 de fevereiro de 2004**. Dispõe sobre o Sistema de Seguridade Social dos Servidores Públicos do Estado do Maranhão, e dá outras providências. São Luís: DOE, 2004.

MARANHÃO. **Lei n. 6272 de 06 de fevereiro de 1995**. Propõe sobre a reorganização administrativa do Estado e dá outras providências. São Luís, 1995.

MARANHÃO. Secretaria de Estado da Saúde. **Contrato de Gestão n.º 001/2006/SES. Processo n.º 382/2006/SES**. São Luis, 2006a.

MARANHÃO. Secretaria de Estado de Planejamento, Orçamento e Gestão. **Convênio n. 001/2006-ASSEJUR/SEPLAN. Processo n.º 5827/2005-SEPLAN**. São Luis, 2006b.

MARX, Karl. **Contribuição à crítica da economia política**. São Paulo: Martins Fontes, 1977.

MARX, Karl. **Manifesto do partido comunista**. São Paulo: Cortez, 1998.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. As lutas de classes na França de 1848 a 1850. In: Marx, Karl; Engels, Friedrich. **Obras escolhidas**. São Paulo: Alfa – Omega, 1987.

MELO, Marcus André. **Avaliação de políticas públicas**: uma questão em debate. São Paulo: Cortez; Instituto de Estudos Especiais, 1998.

MENDES, Eugênio Villaça. **Saúde, cidadania e políticas sociais neo – liberais**. Belo Horizonte, mimeo, 1991.

MÉSZÁROS, István. A ordem do capital no metabolismo social da reprodução. In: MÉSZÁROS, István et al. **Ensaio ad Hominem**: tomo 1 – marxismo. São Paulo: Estudo e Edições Ad Hominem, 1999.

MONTAÑO, Carlos. Das Lógicas do Estado para as lógicas da sociedade civil. Estado e terceiro setor em questão. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, 1999.

MONTAÑO, Carlos. **Terceiro setor e questão social**: crítica ao padrão emergente de intervenção social. São Paulo: Cortez, 2003.

MOREIRA, Luciano. Reforma do Estado e Cidadania: Contexto Maranhão/Luciano Moreira, Frederico Lustosa da Costa. São Luís: Lithograf, 2010.

MOTA, Ana Elizabete. Cultura da crise e seguridade social: articulação entre empresa Estado. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 30, 1989.

OLIVEIRA, Francisco. Privatização do público, destituição da fala e anulação da política. In: NEDIC. Equipe de Pesquisadores do Núcleo de Estudo dos Direito da Cidadania (Org.) **Os sentidos da democracia: política do dissenso e a hegemonia global**. Petrópolis: Vozes; Brasília: NEDIC, 1999.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. **Protocolo adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em matéria de direitos econômicos, sociais e culturais, “Protocolo de San Salvador”**. 1988. Disponível em: <http://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/e.Protocolo_de_San_Salvador.htm>. Acesso em: 15 set. 2013.

PALUDO, Augustinho Vicente. Administração pública: teoria e questões. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

PAULA, Ana Paula Paes de. **Por uma nova gestão pública: limites e potencialidades da experiência contemporânea**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2005.

PEREIRA, L.C.B; SPINK, P. (Orgs). **Reforma do estado e administração pública**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998.

PEREIRA, Luis Carlos Bresser. Reforma do Estado para cidadania. São Paulo: ENAP: Ed. 3, 1998.

PETRAS, J. **Armadilha neoliberal e alternativas para América Latina**. São Paulo: Xamã, 1990.

RAICHELIS, Raquel. **Esfera pública e conselhos de assistência social: caminhos da construção democrática**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

SANTOS, Wanderlei Guilherme dos. **Cidadania e Justiça: a política social brasileira**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Campus, 1987.

SILVA, Ilse Gomes. **Estado, saúde e participação política**. São Paulo: Xamã, 2011.

SILVA, Ilse Gomes. Os desafios da participação popular no contexto da Reforma do Estado Brasileiro. **Lutas Sociais**, n. 5, 1998.

SILVA, Ilse Gomes. **Participação popular e “reforma” do Estado brasileiro nos anos 1990: contradições e impasse**. 2001. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Pontifícia Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.

SIMÕES, Carlos. **Curso de direito do serviço social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

SOUSA, Salviana de Maria. **Reforma sanitária no Maranhão**: mudança e conservação no processo de organização e gerenciamento dos serviços de saúde. 1996. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 1996.

VIOLIN, Tarso Cabral. **Terceiro setor e as parcerias com a administração pública**: uma análise crítica. 2. ed. Belo Horizonte: Fórum, 2010.

WEBER, Max. Economia e sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva. Brasília: Editora da UnB, 1999. v.2.

ZANON, Uriel. **Qualidade da assistência médico-hospitalar**: conceito, avaliação e discussão dos indicadores de qualidade. Rio de Janeiro: Ed. Médico e Científico, 2001.

ANEXOS