



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
DOUTORADO EM SERVIÇO SOCIAL**

ASSUERO FONSECA XIMENES

**A apropriação do fundo público da saúde pelas
Organizações Sociais em Pernambuco**

**Recife
2015**

ASSUERO FONSECA XIMENES

**A apropriação do fundo público da saúde pelas
Organizações Sociais em Pernambuco**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco como requisito para a obtenção do Título de Doutor em Serviço Social.

Orientadora: Dra. Valdilene Pereira Viana Schmaller
Coorientadora: Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra

**Recife
2015**

Catálogo na Fonte
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

X6a

Ximenes, Assuero Fonseca

A apropriação do fundo público da saúde pelas Organizações Sociais em Pernambuco / Assuero Fonseca Ximenes. – Recife: O Autor, 2015.

195 folhas: il. 30 cm.

Orientadora: Prof^a. Dra. Valdilene Pereira Viana Schamaller e co-orientadora Prof^a. Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra
Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco. CCSA, 2015.

Inclui referências e anexo.

1. Administradores dos serviços de saúde - Avaliação. 2. Instituições de saúde – administração. 3. Investimentos públicos. 4. Política social. 5. Transferências de recursos financeiros governamentais. I. Schamaller, Valdilene Pereira Viana (Orientadora). II. Bezerra, Adriana Falangola Benjamin (Co-orientadora). III. Título.

361 CDD (22.ed.)

UFPE (CSA 2015 – 094)

ASSUERO FONSECA XIMENES

**A apropriação do fundo público da saúde pelas
Organizações Sociais em Pernambuco**

Aprovada em: 31/08/2015

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Doutor em Serviço Social.

Banca Examinadora

Professora Doutora Valdilene Pereira Viana Schmaller
Presidente

Professora Doutora Adriana Falangola Benjamin Bezerra – UFPE
Coorientadora

Professora Doutora Kathleen Elane Leal Vasconcelos – UECG
Examinadora externa

Professora Doutora Islândia Maria Carvalho de Sousa - FIOCRUZ-PE
Examinadora externa

Professora Doutora Mônica Rodrigues Costa – UFPE
Examinadora interna

Professora Doutora Raquel Cavalcante Soares – UFPE
Examinadora interna

**Recife
2015**

AGRADECIMENTOS

A Deus, Pai de infinita bondade, pela nova oportunidade de crescimento moral e intelectual.

Aos meus pais, Rubem Ximenes e Dijaci Fonseca Ximenes, pela perseverança e paciência incansáveis na arte de me educar com amor, abnegação e disciplina.

À minha orientadora Valdilene Pereira Viana Schmaller, pela orientação segura e crítica; pelos novos conhecimentos mostrados e pela nova forma de visualizar o mundo, mostrando novos caminhos que podem ser percorridos e, principalmente, por ter acreditado nesse projeto.

À Professora Adriana Falangola, responsável pela minha co-orientação, a quem devo a oportunidade de compartilhar suas indagações e análises e mostrar outras visões.

Aos Professores da banca, pelas críticas construtivas que permitiram o aperfeiçoamento deste trabalho.

A todos os colegas do doutorado de Serviço Social, em particular a Moisés Cavalcanti e Fátima Massena, pela riqueza de experiências e amizade.

A todos que, de um modo ou de outro, contribuíram para a concretização deste estudo.

E, por último, a todos os docentes da pós-graduação em Serviço Social, pelo conhecimento compartilhado que muito contribuiu para meu crescimento pessoal e profissional.

RESUMO

A crise cíclica do capital ocasiona modificações na sociedade e se utiliza da ideologia neoliberal, imposta aos países periféricos, forçando-os a realizar regulações com a finalidade de gerar superávit primário mediante os recursos do fundo público, que deveriam ser voltados às políticas sociais. No caso do Brasil, pela Reforma Administrativa do Aparelho do Estado, vem sendo introduzida a lógica de que o atendimento às necessidades sociais, como saúde, educação, saneamento, transporte, habitação, assistência social e previdência, definidas como serviços não exclusivos, deveria ser executado por organizações privadas. Dessa forma, o setor de saúde sofre modificações e adequações propostas pela ideologia neoliberal com a justificativa de maior eficiência e agilidade e uma maior qualidade na execução dos serviços a um custo menor. As Organizações Sociais (OSs), modelos de terceirização de serviços públicos, têm se ampliado no setor de saúde de diversos estados e municípios brasileiros. Em 2010, o Estado de Pernambuco instituiu esse modelo para o gerenciamento de serviços de saúde de média e alta complexidade, seguindo a tendência nacional. Este trabalho teve por objetivo geral analisar a apropriação do fundo público da saúde pelas OSs, em Pernambuco. Especificamente, identificar as mudanças ocorridas no subsetor público do SUS, mediante a arquitetura do Modelo de Gestão do Setor Saúde em Pernambuco; analisar o processo de adesão ao modelo privatizante de gestão da saúde pelo governo do Estado de PE; examinar o gasto público em saúde alocado para as OSs e para a gestão pública direta em unidades de saúde de PE; comparar os gastos em atendimento de média e alta complexidade em unidade de saúde gerida por OS e de gestão pública direta. Como percurso metodológico, foi utilizada a pesquisa do tipo exploratória e de natureza qualitativa, com a utilização de dados quantitativos e nos procedimentos de coleta de dados a escolha foi pela pesquisa documental, a partir dos relatórios de gestão publicados no site oficial do governo do Estado e no Portal da Transparência, dentre outros. Nos resultados, constatamos que as OSs representam uma manobra do receituário da ideologia neoliberal que tem a finalidade de fazer a apropriação do fundo público da saúde. O modelo de gestão utilizado demonstra adesão às orientações do processo de contrarreforma do Estado, idealizado pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (Mare), em 1995, e consolidado nos anos seguintes pela adesão do governo federal à proposta do projeto neoliberal. A privatização do setor de saúde em Pernambuco, baseada no princípio da competição, representou o alastramento da ilusão de que, com a transferência da gestão das unidades hospitalares, os recursos públicos seriam melhor utilizados. Concluímos que o objetivo real da estratégia da terceirização, via modelo privatizante de gestão, é a apropriação do fundo público da saúde, o que sugere uma modalidade de privatização não-clássica, a partir da expansão do repasse dos recursos do fundo público da saúde para as OSs.

Palavras-chave: Reforma do Estado; Fundo Público; Contrarreforma da Saúde; Organizações Sociais.

ABSTRACT

The cyclical crisis of the capital brings changes in the society and uses the neoliberal ideology to force the peripheral countries to do adjustments to get primary surplus by the resources of the public funds who should be used to social policies. In Brazil, the Administrative Reform of the state introduced the idea who the social needs such as health, education, transportation, housing and social assistance are not services exclusive of the state, and they should to be executed by private organizations. Thus, the health sector changes was performed by the neoliberal ideology on the grounds to obtain of greater efficiency and agility and a higher quality in the execution of services with a lower cost. The Social Organizations are a model who has expanded in the health sector of several states. In 2010, the state of Pernambuco started to use the model os Social Organization for the management of medium and high complexity of health services, following the national trend. The object of this study was analyze the appropriation the found public of health by the Social Organizations in Pernambuco. Specifically, to identify the changes in the SUS public subsector by the architecture by use of the Health Sector Management Model in Pernambuco; analyze the process of joining the privatization model of health management by the Pernambuco state government; examine the public health expenditure allocated to the Social Organization and for direct public management in PE in the healthcare units; compare the spend with on care of medium and high complexity in the health unit managed by OS and direct public management. The methodological approach used was the research exploratory and qualitative nature, using quantitative data and the data collection procedures was the documentary research, from the management reports published in the official website of the state government and Portal Transparency. The methodological approach used was the research exploratory and qualitative nature, using quantitative data and the data collection procedures was the documentary research, from the management reports published in the official website of the state government and Portal Transparency and others. In the results was found that the Social Organizations represent the idea of the neoliberal ideology that aims to do the appropriation of the public fund health of the State of Pernambuco. The management model used demonstrates accession to the guidelines of the State Counter-reform process, designed by MARE in 1995 and consolidated in the years following the accession of the federal government the proposals of the neoliberal project. The privatization of the health sector in Pernambuco, based on the principle of competition, showed the spread of the illusion that, with the transfer of the hospitals units management, public resources would be better used. The real goal of the strategy of outsourcing by private model of management is the appropriation of the public fund of the health background, who suggesting a form of non-classical privatization by the transfer of resources of the public fund to social organizations.

Keywords: Reform of state; Public Fund; Counter-reform of health; Social Organization

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Resumo das privatizações no Brasil, 1990/2011.....	55
Figura 2 - Fluxo para elaboração da Matriz do PES.....	124
Figura 3 - Programas utilizados para a elaboração da agenda estratégica.....	132

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Resumo das privatizações no Brasil, 1990/2011 (US\$ milhões).....	55
Tabela 2 – Distribuição de leitos hospitalares, em Pernambuco, segundo a esfera administrativa e o tipo de prestador - CNES/MS, de 2011 a 2012	119
Tabela 3 – Receita do Estado e gasto com a saúde nos anos de 2010 a 2012, Pernambuco/Brasil, em R\$ bilhões.....	136
Tabela 4 – Gastos com as OSs entre os anos de 2010 a 2012, Pernambuco/Brasil, em R\$ milhões.....	139
Tabela 5 – Gastos com estabelecimentos públicos de saúde de alta complexidade, entre 2010 a 2012, Pernambuco/Brasil - em R\$ milhões.....	139
Tabela 6 – Comparativo dos gastos em saúde entre a gestão por OSs e gestão pública dos principais hospitais entre 2010 a 2012, Pernambuco/Brasil, em R\$ milhões.....	140
Tabela 7– Comparativo da receita do Estado X gastos em saúde entre a gestão por OSs e gestão pública dos principais hospitais entre 2010 a 2012, Pernambuco/Brasil, em R\$ milhões.....	141
Tabela 8 – Número total de atendimentos de média e alta complexidade, por tipo de gestão e estabelecimentos de saúde de 2010 a 2012, Pernambuco/Brasil.....	144
Tabela 9 – Número total de internações em estabelecimentos de saúde de alta complexidade, nos anos de 2010 a 2012, por tipo de gestão. Pernambuco/Brasil.....	145
Tabela 10 – Número total de leitos do Hospital Miguel Arraes em 2013, Pernambuco/Brasil.....	147
Tabela 11 – Número total de leitos do Hospital da Restauração em 2013, Pernambuco/Brasil.....	148
Tabela 12 – Número de atendimentos de alta e média complexidade e valor gasto do HR e HMA de 2010 a 2012.....	149
Tabela 13 – Receita do Estado e gastos com a saúde, com OSs, com os principais hospitais e outros gastos com saúde nos anos de 2010 a 2012, Pernambuco em R\$ milhões.....	150

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Proposta de projetos básicos de reforma do aparelho do Estado.....	53
Quadro 2 – Proposta de projetos adicionais da reforma do aparelho do Estado.....	54
Quadro 3 – Principais diferenças entre os modelos OS e da administração direta.....	102
Quadro 4 – Diretrizes do PES (2012 a 2015) e as evidências da contrarreforma.....	133
Quadro 5 – Total de organizações sociais por tipo de unidades de saúde gerenciadas e data de inauguração, Pernambuco/Brasil.....	137

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Abrasco	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ANASPS	Associação Nacional dos Servidores da Previdência Social
Andes	Associação Nacional dos Docentes de Ensino Superior
Arpe	Agência de Regulação de Pernambuco
Bacen	Banco Central
BB	Banco do Brasil
BDAIH	Banco de Dados de AIH
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BIRD	Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
BM	Banco Mundial
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
BPC	Benefício de Prestação Continuada
Ceap	Centro de Educação e Assessoramento Popular
Cebes	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CES	Conselho Estadual de Saúde
CETSS	Contribuição dos Empregadores e Trabalhadores para a Seguridade Social
CF	Constituição Federal
Cide	Contribuição de Intervenção no Domínio Econômico
Cisam	Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
Clad	Centro Latino-Americano de Administração para o Desenvolvimento
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
Cofins	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social

Conass	Conselho Nacional de Secretários da Saúde
Conassem	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
Consad	Conselho Nacional de Secretários de Estado da Administração
Cosems	Colegiado de Secretários Municipais de Saúde
CPMF	Contribuição Provisória sobre a Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira
CSLL	Contribuição Social sobre o Lucro Líquido
CUT	Central Única dos Trabalhadores
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNRS	Comissão Nacional de Reforma Sanitária
CNS	Conferência Nacional de Saúde
Datasus	Banco de Dados do Sistema Único de Saúde
DGP	Diretoria-Geral de Planejamento
DRU	Desvinculação das Receitas da União
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Emenda Constitucional
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FAT	Fundo de Amparo ao Trabalhador
FBO	Fórum Brasil de Orçamento
FEDP	Fundações Estatais de Direito Privado
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FMI	Fundo Monetário Internacional
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FNAS	Fundo Nacional da Assistência Social
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FP	Fundo Público
FPE	Fundo de Participação do Estado

FPM	Fundo de Participação dos Municípios
FSE	Fundo Social de Emergência
Geres	Gerência Regional de Saúde
GIF	Global Investment Fund
HCP	Hospital do Câncer de Pernambuco
Hemope	Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco
HMA	Hospital Miguel Arraes
HR	Hospital da Restauração
Huoc	Hospital Universitário Osvaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMIP	Instituto Materno Infantil de Pernambuco
Inamps	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
Inesc	Instituto de Estudos Socioeconômicos
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IPI	Imposto sobre Produtos Industrializados
IVA-F	Imposto sobre Operações de Bens e Prestações de Serviços
IR	Imposto de Renda
IPRJ	Imposto de Renda Pessoa Jurídica
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
LOS	Lei Orgânica da Saúde
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
Mare	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MDE	Manutenção e Desenvolvimento do Ensino
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MIG	Modelo Integrado de Gestão
MPC	Modo de Produção Capitalista
MPF	Ministério Público Federal

MPPE	Ministério Público de Pernambuco
MRS	Movimento de Reforma Sanitária
MS	Ministério da Saúde
Noas	Norma Operacional da Assistência a Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OGU	Orçamento Geral da União
OM	Orçamento Monetário
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OP	Orçamento Público
OS	Organização Social
OSS	Organizações Sociais de Saúde
Oscips	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
OSPNE	Organizações Sociais Públicas Não Estatais
PAB	Piso de Atenção Básica
Pasep	Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PBF	Programa Bolsa Família
PDRAE	Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PES	Plano Estadual de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PJ	Pessoa Jurídica
PIS	Programa de Integração Social
Ploa	Projeto de Lei Orçamentário Anual
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PNP	Programa Nacional de Publicização
PPA	Plano Plurianual

PPP	Parcerias Público-Privadas
PRH	Programa de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS
Procape	Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco
PSF	Programa de Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
RAG	Relatório Anual de Gestão
RMV	Renda Mensal Vitalícia
Samu	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
Seplan	Secretaria de Planejamento da Presidência da Republica
SES	Secretaria Estadual de Saúde
Sest	Secretaria de Controle de Empresas Estatais
SIH	Sistemas de Informações Hospitalares
Siops	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SPO	Subsecretaria de Planejamento e Orçamento
Suas	Sistema Único da Assistência Social
Suds	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
Suframa	Superintendência da Zona Franca de Manaus
SUS	Sistema Único de Saúde
Tabnet	Tabulações Online
TCE/PE	Tribunal de Contas de Pernambuco
UO	Unidade Orçamentária
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
Upae	Unidade Pernambucana de Atendimento Especializado
UPE	Universidade de Pernambuco
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	17
CAPÍTULO 1 - A CRISE DO CAPITAL E A REFORMA DO ESTADO: IMPLICAÇÕES PARA O SETOR SAÚDE.....	25
1.1 O movimento do capital no século XXI: crise, estratégias e tensões.....	25
1.2 O Projeto Neoliberal na América Latina.....	36
1.3 O modelo de gestão pública para a América Latina: agenda de reformas neoliberais de redução do papel do Estado e expansão do mercado.....	41
1.4 A reforma do Estado Brasileiro.....	49
1.5 Contrarreforma do Estado: alocação do fundo público para o financiamento do capital.....	58
CAPÍTULO 2 - O FUNDO PÚBLICO E A CONTRARREFORMA DA SAÚDE.....	70
2.1 Orçamento das políticas sociais no Brasil.....	70
2.2 Distribuição do Fundo Público.....	81
2.3 Projeto de Reforma Sanitária: a tentativa de universalizar a saúde...	85
2.4 Organizações Sociais da Saúde: a estratégia para a apropriação do fundo público.....	96
CAPÍTULO 3 - ORGANIZAÇÕES SOCIAIS COMO RECEPTORAS DE RECURSOS FINANCEIROS DA SAÚDE.....	110
3.1 A escolha do método.....	110
3.2 O percurso metodológico.....	111
3.3 O Estado de Pernambuco.....	116
3.4 Arquitetura do modelo de gestão do setor saúde em Pernambuco..	122
3.4.1 Alocação dos recursos públicos da saúde em Pernambuco (2010 a 2012) na gestão Eduardo Campos.....	135
3.4.2 Comparativo de atendimentos de média e alta complexidade entre a gestão por organização social e a gestão pública.....	142
3.4.3 Comparativo dos atendimentos de saúde de alta complexidade: Hospital da Restauração e Hospital Miguel Arraes.....	147
3.5 Resultados.....	151
3.5.1 A relação entre o fundo público e as organizações sociais na saúde em Pernambuco.....	151
3.5.2 As organizações sociais disfarçam a privatização dos serviços públicos.....	157
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	161
REFERÊNCIAS.....	165
ANEXO A - PROCEDIMENTOS DE MÉDIA/ALTA COMPLEXIDADE...	178

INTRODUÇÃO

As transformações societárias decorrentes da crise cíclica do capital expressaram, dentre outras mudanças, a mundialização do capital, ocorrida no final dos anos 1970, além da financeirização da economia, a redução do *Welfare State*, o aumento do desemprego estrutural, que afetou, sobremaneira, o mundo do trabalho, e teve como resultado a precarização, a terceirização e as consequências nefastas sobre a organização sindical dos trabalhadores (CHESNAIS, 1996).

Essas alterações ocorreram em escala mundial e ocasionaram diversas modificações, com a justificativa da crise fiscal vivida pelos Estados. Por causa dessa crise e em função da ideologia neoliberal imposta aos países periféricos, foram promovidas diversas modificações, principalmente na área econômica, que refletiram nas demais (saúde, educação, segurança etc.), comandadas pelo Banco Mundial (BM) e pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), que forçaram os Estados a executar variadas regulações, com a finalidade de gerar superávit pela apropriação dos recursos do fundo público¹, que deveria ter sido utilizado para a execução das políticas sociais, mas de fato foi destinado para o pagamento dos juros da dívida.

Em face desse cenário mundial, o projeto de ideologia neoliberal defende, como saída da crise, a redução das funções do Estado. Para tal, apresenta um projeto de Reforma do Aparelho Administrativo do Estado, que tem por objetivo central a redefinição do seu papel de promotor para regulador do desenvolvimento econômico e social, bem como deveria deixar de ser o responsável pela produção de bens e serviços.

No caso brasileiro, a Reforma do Estado teve início no ano de 1995, no governo de Fernando Henrique Cardoso, executada por Bresser Pereira (Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado - Mare). O Mare defendia que o Estado deveria ser responsável por atividades exclusivas, ou seja, regulamentação, fiscalização, fomento de investimentos, segurança pública e seguridade social básica.

¹ A criação do Fundo Público foi à base do pensamento de Keynes sobre a reformulação do papel do Estado no capitalismo contemporâneo, pois a sua utilização foi uma forma de possibilitar a sobrevivência e a ampliação do capitalismo, ao mesmo tempo que atendeu às demandas sociais surgidas das conquistas realizadas pelos movimentos da classe trabalhadora.

Dando sequência à agenda política da reforma, a equipe do Mare criou o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), que definiu as áreas da saúde, educação, saneamento, transporte, habitação, assistência social e previdência como serviços não exclusivos, que poderiam ser executados por organizações privadas. Assim, deveriam ser transferidos para o setor público não estatal os serviços não exclusivos, através de um programa de publicização que transformaria as atuais fundações públicas em organizações sociais, entidades de direito privado, sem fins lucrativos, com autorização para celebrar contrato de gestão com o poder executivo e direito à dotação orçamentária disponível no fundo público².

Dessa forma, o Mare propôs a criação de instrumentos de gestão que viabilizassem o planejamento de políticas públicas como forma de adequação ao modelo de reforma do Estado para os serviços ditos “não exclusivos”. A mudança ocorreria por meio da criação, pelos entes federados (Estados e Municípios), de Organizações Sociais Públicas Não Estatais (OSPNE) e Organizações Sociais³ (OSs), bem como mediante contrato de gestão com o poder executivo, que assegurasse a dotação orçamentária.

Em face disso, em 1997, com o argumento de que o Estado se desviou de suas funções básicas e com a finalidade de procurar uma saída para a crise vivida pela sociedade, o Governo Federal lançou o Programa Nacional de Publicização (PNP), com o discurso de implementar uma nova forma de gestão de políticas sociais públicas que permitisse maior eficiência, eficácia e racionalidade dos gastos, além de desburocratizar a ação estatal (BRASIL, 1997).

O poder Executivo, por meio da qualificação de entidades definidas como OSs, permitiu que fosse feita a transferência da gestão de bens e serviços públicos para a iniciativa privada, atividades essas relativas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à

² Os fundos públicos, no Brasil, são fundos especiais de natureza contábil e/ou não dotados de personalidade jurídica, previstos nos artigos 71 a 74 da Lei n.º 4.320, de 17/03/1964, âmbito de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, bem como nos Ministérios Públicos e Tribunais de Contas, referentes à reserva, em dinheiro, ou o patrimônio líquido, constituído de dinheiro, bens e ações do Estado que servem para determinada finalidade.

³ De acordo com Paes (2000), as OSs são modelos de gestão criados dentro de um projeto de reforma do Estado, para que as associações civis sem fins lucrativos e fundações de direito privado possam absorver atividades publicizáveis mediante a legislação específica.

cultura e à saúde. Além disso, poderiam ser alocados recursos disponíveis do orçamento público para que esses entes privados pudessem executar os serviços.

A proposta de publicização originou diversos estudos e pesquisas no Serviço Social. Autores como Granemann (2008); Ibañez e Vecina Neto (2007); Rizzotto (2000), Soares (2010a, 2014), entre outros, analisaram os efeitos perversos da Reforma do Estado para as políticas sociais. Nesses estudos, a área de saúde ficou em destaque devido ao projeto de reforma sanitária que teve papel importante no processo de mudança da ditadura para o regime democrático.

Diversas questões foram elencadas pelos pesquisadores acerca de dois projetos ocorrendo no cenário brasileiro, entre eles: o projeto de Reforma Sanitária⁴, que defende o Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais, dentre elas, a de saúde; e o projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista⁵, que defende a atuação do Estado apenas do lado estratégico e a execução, pela iniciativa privada, de todos os serviços (BRAVO, 2007).

Este projeto de saúde articulado ao mercado, denominado contrarreforma da saúde,⁶ representa uma resposta à crise mundial estrutural iniciada nos anos 1970 que criou diversos mecanismos para seu enfrentamento e que atingiu o Estado. Entre os principais interesses do capital na minimização do Estado está o que Mandel (1985) denominou de supercapitalização, isto é, o uso e incorporação dos serviços sociais como espaço de mercantilização e lucratividade, trazendo para essa área toda a lógica e racionalidade privada, anteriormente ocupada pelas políticas

⁴ O projeto de Reforma Sanitária, iniciado na década de 70, foi responsável pelas lutas e mobilização dos profissionais de saúde e do movimento popular com a preocupação de ter um Estado atuante nos direitos sociais e, principalmente, para os da saúde, que culminou com as conquistas introduzidas na CF/1988 que teve o SUS como uma de suas estratégias.

⁵ Este projeto defende a lógica da política de ajuste, que se preocupa com a contenção dos gastos, a racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. Este modelo se tornou hegemônico a partir de 1995 e tem na contrarreforma da saúde sua principal estratégia, que visa a privatização dos serviços públicos de saúde.

⁶ Adotamos, para a tese, o termo contrarreforma para denominar as reformas neoliberais ocorridas no Estado brasileiro que implicaram num profundo retrocesso social, conforme mostrado por Behring (2003), que se refere à recusa a caracterizar como reforma processos regressivos. Ainda de acordo com diversos autores, (BEHRING, 2008; MOTA, 2007; FILGUEIRAS e GOLÇALVES, 2007) que têm uma postura crítica sobre a reforma do Estado no Brasil, a forma como foi direcionada representa uma estratégia de inserção passiva e forçada na dinâmica internacional e representou uma escolha político-econômica regressiva, ou seja, conforme Behring (2008, p. 198), “[...] esta opção implicou uma forte destruição dos avanços, mesmo que limitados, sobretudo se vistos pela ótica do trabalho, dos processos de modernização conservadora que marcaram a história do Brasil”.

públicas que se utiliza dos recursos do fundo público para sua expansão. Um dos mecanismos utilizados foi o uso de modelos privatizantes de gestão. Segundo Bravo e Menezes (2008), a adoção desses modelos de gestão na saúde vem gerando muitas controvérsias: muitos defendem sua utilização, enquanto outros fazem duras críticas.

Dito isto, a origem do nosso interesse pela temática vem de nossa experiência no Estado, junto à Vice-Governadoria, na função de analista consultor, onde acompanhamos o início do processo de mudança para esse modelo privatizante de gestão. O objetivo deste estudo foi analisar a apropriação do fundo público da saúde pelas OSs em Pernambuco. Os objetivos específicos foram: identificar as mudanças ocorridas no subsetor público do SUS, mediante a arquitetura do Modelo de Gestão do Setor Saúde em Pernambuco; analisar o processo de adesão ao modelo privatizante de gestão da saúde pelo Governo do Estado de PE; examinar o gasto público em saúde alocado para as OSs e para a gestão pública direta em unidades de saúde de PE; comparar os gastos em atendimento de média e alta complexidade em unidade de saúde gerida por OS e por gestão pública direta.

A contrarreforma, segundo Lobato (2009), tem afetado a qualidade dos serviços prestados à população e não resolve os problemas, apenas ataca uma pequena parte, pois o acesso aos serviços de saúde se tornou cada vez mais excludente, seletivo, descentralizado e focalizado.

No contexto das reformas do aparelho do Estado, a saúde é o setor que mais vem sofrendo pressão para aderir ao modelo privatizante de gestão. Conforme Borges *et al.* (2012), a justificativa para aderir à administração privada de financiamento público é maior eficiência, qualidade dos serviços prestados e agilidade contratual de recursos humanos.

Conforme o Mare, a publicização ou terceirização representa o 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, entidades de direito público, sem fins lucrativos, que possuem autorização específica do Poder Legislativo para celebrar contrato de gestão com o Poder Executivo e assim ter direito à dotação orçamentária. Dessa forma, essas entidades lograrão maior autonomia, em que o Estado continuará a financiar a instituição e, por meio dessa transferência, seria possível o aumento da eficiência e

da qualidade dos serviços, atendendo melhor o cidadão, que agora é denominado cliente, a um custo menor.

A partir da difusão ideológica desse pensamento, cria-se um contingente de gestores ávidos por instituir as parcerias público-privadas (PPPs), terceirização e publicização dos serviços públicos de saúde. Para esses gestores, passar as unidades de saúde e seus serviços para as mãos das corporações do setor é o mais indicado, pois as empresas ficariam livres de investimentos e de riscos, porque quem de fato investe e assume os riscos continua a ser o Estado.

Além disso, existe o marketing, colocado pelos principais veículos da mídia nacional, que tende a qualificar o privado e desqualificar o público e produzir um discurso contra o Estado, para dar lugar à iniciativa privada, regida por regras concorrenciais do mercado (FONSECA, 2000). Esta articulação faz parte das estratégias colaboracionistas dos neoliberais, que promovem o descumprimento dos dispositivos constitucionais e tornam o Governo Federal omissivo na regulamentação e fiscalização da saúde.

Para Correia (2011), um exemplo concreto do interesse na privatização foi a aprovação do Projeto de Lei Complementar (PLC) nº 45/2010, em dezembro de 2010, pela Assembleia Legislativa de São Paulo. O texto foi criado para acelerar o processo de privatização da saúde, que define que, dos leitos de hospitais públicos de alta complexidade geridos pelas OSs, 25% do total deve ser direcionado a pacientes particulares e de convênios médicos privados.

Segundo Paulo Roberto Spina⁷, do Fórum Popular de Saúde de São Paulo, o processo de aprovação do PLC foi conduzido de forma a impossibilitar a discussão da proposta. O autor relata que organizaram manifestações na Assembleia Legislativa, com vários sindicatos, quando havia a perspectiva de ser votada a proposta. No dia em que foi aprovado o projeto houve inversão da pauta: primeiro votaram o orçamento, com a finalidade de esvaziar o plenário, e no final da noite foi que entrou em votação e obteve aprovação.

Até 2013, tínhamos OSs atuantes em 10 estados: São Paulo, Bahia, Rio de Janeiro, Sergipe, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Espírito Santo, Paraná, Goiás e

⁷ Disponível em: <https://fopspr.wordpress.com/2011/01/26/1908>. Acessado em: 01/08/2015.

Pernambuco⁸. O governo de Pernambuco deu início à operacionalização dos modelos privatizantes de gestão na saúde em 2010. Para tal, realizou diversas modificações na gestão da política de saúde e acompanhou a tendência nacional adotada pelo governo federal.

Para a consecução da tese e para entender a apropriação do fundo público da saúde pelas OSs em Pernambuco, optamos pela abordagem qualitativa com o uso de dados quantitativos e, como procedimento de coleta de dados, a pesquisa documental. Neste sentido, para analisar a arquitetura do modelo de gestão de saúde foram utilizados os planos estaduais de saúde do período de 2008 a 2015. Para esta etapa, os documentos, por serem fontes de informações e conter a declaração pública das intenções e os resultados a serem atingidos pelo governo, passaram por tratamento analítico. Além dos planos estaduais de saúde foram utilizados os relatórios fornecidos pelo Ministério da Saúde (MS) disponíveis no Banco de dados do sistema de informações de saúde (Datasus), dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde, Balanços financeiros de gastos do governo de Pernambuco, relatórios de gestão estadual de saúde, relatórios anuais de gestão, Portal da Transparência, portal da Assembleia Legislativa do Estado, portal de campanha do ex-governador e notícias relacionadas ao tema. Ao término da coleta de dados, passamos para a etapa da sistematização, a partir da análise das informações contidas nesses documentos.

Desse modo, para a construção dos fundamentos apresentados, esta tese ficou dividida em três capítulos e considerações finais.

No capítulo 1 abordamos, a partir da crise estrutural do capital e do advento do neoliberalismo, a reforma do aparelho administrativo do Estado e as conseqüentes transformações que daí decorreram, bem como a articulação que permitiu a alocação do fundo público pelo capital. Iniciamos com o processo de dissolução da economia política clássica para demonstrar como evoluiu até o Modo de Produção Capitalista e suas conseqüências. Foram mostradas as três fases do capitalismo, a clássica, os anos dourados e o capitalismo contemporâneo (imperialista), para chegar às principais deliberações do Consenso de Washington, que recomendou a disciplina fiscal dos governos, como privatização, focalização dos

⁸ Estes Estados adotaram o processo de contratação por meio de licitação pública de Organizações Sociais para gerenciar unidades de saúde, aderindo ao que estamos denominando de modelos privatizantes de gestão da saúde.

gastos públicos, liberalização do comércio exterior e eliminação de restrições ao investimento direto estrangeiro. Posteriormente, foi demonstrado o Projeto Neoliberal e sua ideologia, voltada para a reestruturação do capital e para a reforma do aparelho administrativo do Estado. Para finalizar, é debatida a utilização do fundo público na produção e regulação das condições econômicas e sociais fundamentais para a volta dos superlucros exigidos pelo capital.

No capítulo 2 analisamos o orçamento das políticas públicas, orçamento este que compõe o fundo público, atualmente utilizado para a execução das políticas macroeconômicas, principalmente, para a acumulação produtiva na contemporaneidade através da sua distribuição. Com isso, demonstramos como está sendo feita a distribuição do fundo público pelas suas principais vinculações. Posteriormente, foi analisado o projeto de reforma sanitária, que representou a tentativa de universalizar a saúde, e suas principais modificações. O capítulo finaliza com o estudo da OS como estratégia para a apropriação do fundo público, que permitiu a privatização nos serviços de saúde.

No capítulo 3 apresentamos o percurso metodológico escolhido para essa pesquisa, bem como diversos dados do Estado de Pernambuco, em relação a: população, taxa de natalidade, taxa de analfabetismo, Produto Interno Bruto (PIB), renda média per capita, taxa de desemprego, número de profissionais de saúde, número de leitos hospitalares, gasto com ações e serviços de saúde, valor médio pago por Autorização de Internação Hospitalar (AIH), quantidade de consultas médicas, número de internações, procedimentos diagnósticos e cobertura populacional por plano de saúde. Além disso, foi feita uma análise da arquitetura do modelo de gestão para o setor de saúde, que serviu para executar as mudanças ocorridas no subsetor público nessa área, a partir da implantação do novo tipo de administração das unidades hospitalares de alta complexidade. Esse processo tem como ponto de partida a inclusão das OSs como executoras dos serviços em Pernambuco, com o propósito de se apropriar dos recursos do fundo público da saúde. Em seguida, analisamos dois tipos de gestão, um por OS e outro pela gestão direta estatal e, a partir disso, foi feita a relação entre a alocação dos recursos do fundo público e a estratégia de inserção das OSs como modelo de gestão.

Nos resultados, contidos no capítulo 3, são apresentadas as análises do objeto de estudo e seus objetivos específicos, que mostram a relação entre o fundo público e as OSs, em Pernambuco.

Nas considerações finais são sintetizados os achados do estudo, na qual constatamos que o modelo privatizante de gestão se mostrou uma quimera, representada por uma falsa competição entre as organizações que defendem a ideia de concorrência praticada pelo mercado; além disso, este modelo não trouxe as vantagens defendidas por seus idealizadores. Verificamos que esse modelo não tem nada de novo, a não ser a transferência dos recursos do fundo público para o setor privado, bem conhecida nos meios acadêmicos e políticos. A inovação foi a insidiosa capacidade de transformar unidades hospitalares públicas em espaços de lucratividade.

CAPÍTULO 1 - A CRISE DO CAPITAL E A REFORMA DO ESTADO: IMPLICAÇÕES PARA O SETOR SAÚDE

Nesse capítulo discutimos, a partir da crise estrutural do capital iniciada nos anos 1970, a agenda neoliberal de redução do papel do Estado e expansão do mercado privado. Essa agenda gerou mudanças significativas no campo das políticas sociais, seja pela reforma do aparelho administrativo do Estado seja pela apropriação do fundo público pelo capital mediante a privatização dos serviços estatais. Na saúde pública a principal mudança foi introduzir, nos estados nacionais, a privatização da gestão de unidades da rede pública do Sistema Único de Saúde (SUS) por OSs. Esta estratégia neoliberal de expansão do mercado no setor público da saúde, nesse estudo, é denominada de contrarreforma da saúde.

1.1 O movimento do capital no século XXI: crise, estratégias e tensões

No século XIX, a partir de 1825, começou o processo de dissolução da economia política clássica em que a burguesia, dita como revolucionária, buscou emancipar os homens de suas relações de dependência pessoal, vigentes no feudalismo, conduzindo a uma ordem social na qual essa burguesia assumiu o papel de dominadora de classe. Segundo Netto e Braz (2011), a Revolução Burguesa deve ser analisada como um processo de revolução social iniciado com grupos mercantis que se tornaram forças centrais da economia representando uma nova classe social, a partir do século XV, tendo, no século XVIII, na revolução de 1789, na França, a conquista de sua hegemonia.

O caráter antagônico das relações de produção e distribuição origina interesses contraditórios que se manifestam na luta de classes, quer entre as próprias classes dominantes, aristocracia e burguesia, quer entre as classes e os produtores individuais ou os trabalhadores. Com isso, o movimento das classes sociais, que antes estava representado pelos confrontos entre a burguesia e a nobreza, passou a ser entre a burguesia e o proletariado, este último representado por segmentos menos favorecidos da sociedade burguesa.

Nessa nova estrutura social, a manufatura, base da antiga sociedade, foi substituída pela indústria, que representava a burguesia moderna e fez surgir o mercado industrial, responsável por acelerar o desenvolvimento do comércio, da navegação e dos meios de comunicação. Essa nova forma, conhecida como Modo

de Produção Capitalista (MPC), gerou transformações sociais e, conseqüentemente, introduziu novas relações entre as classes.

De acordo com Marx e Engels (1998, p. 8), “a moderna sociedade burguesa, emergente da antiga sociedade feudal, não aboliu os antagonismos de classes. Ela apenas colocou novas classes, novas condições de opressão, novas estruturas de luta no lugar das antigas”. Além disso, “a sociedade toda cinde-se, mais e mais, em dois grandes campos inimigos, em duas grandes classes diretamente confrontadas: burguesia e proletariado” (MARX ; ENGELS, 1998, p. 8).

No MPC, a mais-valia, representada pela parcela do trabalho não pago que é aplicado novamente na produção, torna-se a categoria principal mediante o valor de uso da força de trabalho com a finalidade de constituir uma capacidade produtiva excedente.

Essa ampliação das forças produtivas por meio da mais valia, segundo Marx e Engels (1998), representa o processo de acumulação que consiste no uso ampliado dos meios de produção e da força de trabalho voltados para a produção de mercadorias e, quanto maior a mais-valia, maior será a capacidade produtiva e a possibilidade de produção de valor.

O ponto fundamental desta questão está no fato da força de trabalho adicional inserida na produção ter como finalidade a valorização do capital e não a satisfação das necessidades sociais, ou seja, a produção da mais-valia ou geração de excedente é o ponto principal desse modo de produção e seus movimentos de acumulação de capital são que determinam os movimentos relativos à força de trabalho explorável (MARX ; ENGELS, 1998).

Dessa forma, a burguesia⁹ se expandiu ao longo do processo de desenvolvimento social e econômico, ao introduzir uma série de alterações no modo

⁹ Marx e Engels, no Manifesto do Partido Comunista, afirmam que “o vapor e a maquinaria revolucionaram a produção industrial. A grande indústria moderna tomou o lugar da manufatura; o lugar do estrato médio industrial foi tomado pelos milionários industriais, os chefes de exércitos industriais inteiros, os burgueses modernos. A grande indústria criou o mercado mundial, que a descoberta da América preparara. O mercado mundial deu ao comércio, à navegação, às comunicações por terra um desenvolvimento incalculável. Este por sua vez reagiu sobre a expansão da indústria, e na mesma medida em que indústria, comércio, navegação, estradas de ferro se expandiam, nessa mesma medida a burguesia desenvolvia-se, multiplicava seus capitais, empurrava a um segundo plano as classes provenientes da Idade Média. Vemos, portanto, como a própria burguesia moderna é o produto de um longo processo de desenvolvimento, de uma série de revoluções (*Umwälzungen*) nos meios de produção e de transporte. Cada uma dessas etapas de desenvolvimento da burguesia veio acompanhada de um progresso político correspondente” (1998, p.8).

de produção e circulação da mercadoria, após o estabelecimento da grande indústria e do mercado mundial.

Concordamos com Mészáros (2000), quando afirma que:

O capital, como um sistema de controle do metabolismo social, pôde emergir e triunfar sobre seus antecedentes históricos, abandonando todas as considerações às necessidades humanas como ligadas às limitações dos 'valores de uso' não quantificáveis, sobrepondo a estes últimos — como o pré-requisito absoluto de sua legitimação para tornarem-se objetivos de produção aceitáveis — o imperativo fetichizado do 'valor de troca' quantificável e sempre expansível. É desta maneira que surgiu a forma historicamente específica do sistema capitalista, sua versão capitalista burguesa (p.8).

Em síntese, Netto e Braz (2011) asseveram que, para se chegar ao MPC contemporâneo, aconteceram diversas transformações com o propósito de tornar o sistema capitalista dominante em escala mundial, as quais tornaram possível sua imposição tanto nas sociedades mais desenvolvidas (centrais) quanto nas subdesenvolvidas ou em desenvolvimento (periféricas).

Netto (2010) defende a ideia de que:

O tardo capitalismo (o capitalismo contemporâneo, resultado das transformações societárias ocorrentes desde os anos 1970 e posto no quadro da sua crise estrutural) esgotou as possibilidades civilizatórias que Marx identificou no capitalismo do século XIX e, ainda, que este exaurimento deve-se a que o estágio atual da produção capitalista é necessariamente destrutivo (conforme o caracteriza István Mészáros). O esgotamento em tela, que incide sobre a totalidade da vida social, manifesta-se visivelmente na barbarização que se generaliza nas formações econômico-sociais tardo-capitalistas (p.1).

As transformações econômicas, políticas e sociais ocorreram também devido à crise estrutural do capital, representada pela queda na taxa de lucro, a qual fez o sistema capitalista procurar uma reação, pois sendo seu objetivo central a obtenção de lucro, quando existe uma redução do mesmo, o MPC cria mecanismos para fornecer as condições necessárias para a sua restauração.

Segundo Mészáros (2000):

A absoluta necessidade de atingir de maneira eficaz os requisitos da irreprimível expansão — o segredo do irresistível avanço do capital — trouxe consigo, também, uma intransponível limitação histórica. Não apenas para a específica forma sócio-histórica do *capitalismo* burguês, mas, como um todo, para a viabilidade do *sistema do capital* em geral. Pois este sistema de controle do metabolismo social, teve que poder impor sobre a sociedade sua lógica expansionista cruel e fundamentalmente irracional, independentemente do caráter devastador de suas consequências; ou teve que adotar algumas restrições racionais, que, diretamente, contradiziam suas mais profundas determinações como um sistema expansionista incontrolável (p.9, grifo do autor).

Entendemos que na crise estrutural, por mais extensos que sejam os seus efeitos e mais graves as suas consequências, o capital consegue se reproduzir, pois estas turbulências resultam das renovações próprias da fase monopolista do capitalismo.

A história da crise do capital é produto da interação, da imbricação, da intercorrência do desenvolvimento de forças produtivas, de alterações nas atividades estritamente econômicas, de inovações tecnológicas e organizacionais e de processos sociopolíticos e culturais que envolvem as classes sociais. Numa forma de síntese, a sua evolução histórica apresenta-se em três estágios: 1) a fase clássica, de 1890 a 1940; 2) os anos dourados¹⁰, que vão do fim da Segunda Guerra Mundial até a década de 70 e; 3) o capitalismo contemporâneo (imperialista), indo de 1975 aos dias atuais (NETTO ; BRAZ, 2011).

Na fase clássica, as principais características foram o desenvolvimento dos monopólios, que desempenharam papel importante na vida econômica, e a fusão do capital bancário com o capital industrial, que criou o capital financeiro, com maior ênfase na exportação de capitais em vez da de mercadorias. Essas mudanças permitiram a criação de associações internacionais com poder de monopolizar os diversos países subordinados aos países centrais.

Os monopólios conseguiram exercer influência política nos países em que atuavam, pois criaram uma forte dependência através de empréstimos baseados na concessão de créditos em troca de juros determinados aos governos, ou na implantação de indústrias que permitiram os superlucros ao capital (NETTO ; BRAZ, 2011).

Nessa fase, o contexto social estava marcado por dois importantes fenômenos interligados. O primeiro estava relacionado ao nível de organização da classe operária: ligada aos partidos políticos, conseguiu adquirir expressão e assim alcançar os parlamentos. O segundo foi a criação de um Estado proletário, na Revolução Russa de 1917, que abriu a possibilidade de rompimento do poder dos capitalistas em prol da classe trabalhadora (SILVA, 2015).

¹⁰ Um ponto a se colocar na fase dos anos dourados é que, após a Segunda Guerra Mundial, foram traçadas novas linhas de convivência política e econômica para o mundo, com o surgimento de novas instituições, como a Organização das Nações Unidas (ONU) na política, o Banco Mundial (BM) e o Fundo Monetário Internacional (FMI) na área econômica, com os acordos de *Bretton Woods*.

Após a crise de 1929¹¹, diversas estratégias foram adotadas para a manutenção do poder por parte dos capitalistas, pelo fato de que a revolução poderia ameaçar os monopólios. Nas sociedades em que as ideias democráticas estavam mais amadurecidas, a forma de intervenção na economia e na democracia política não precisou ser fortalecida. Nos países onde não seria fácil essa intervenção, foi adotada a natureza antidemocrática do capital, suprimindo os direitos de garantias ao trabalhador e instalando os regimes políticos mais adequados ao livre desenvolvimento dos monopólios (NOGUEIRA, 2007).

A adoção das ideias de Keynes¹² foi uma das formas encontradas para justificar a intervenção estatal a serviço dos empresários capitalistas em setores-chaves da economia e que permitisse a reprodução da força de trabalho, desonerando o capital com a intenção de regular os ciclos econômicos nos quais o Estado operasse como regulador, direcionando o orçamento público para incentivar os investimentos privados. Essa alternativa político-econômica foi implementada na fase seguinte pelas principais potências capitalistas, denominada de anos dourados do capital (NETTO ; BRAZ, 2011).

A fase dos anos dourados se iniciou com o fim da Segunda Guerra Mundial e foi o período que apresentou resultados econômicos com altas taxas de crescimento. Embora as crises tenham existido, elas foram suprimidas pela regulação posta pela intervenção do Estado e, por isso, não foram tão evidentes. O Estado passou a controlar setores não rentáveis ao assumir empresas privadas em dificuldades e ofereceu subsídios diretos aos monopólios, assegurando altas taxas de lucros. Além disso, fez renúncias fiscais nos subsídios disponibilizados aos monopólios e investimentos em infraestrutura e transporte, além de indicar as áreas de investimentos que permitiram ao capital ter um retorno garantido (VICENTE, 2009).

¹¹Segundo Mészáros (2000, p.9), “o capital, no século XX, foi forçado a responder às crises cada vez mais extensas (que trouxeram consigo duas guerras mundiais, antes impensáveis), aceitando a 'hibridização' - sob a forma de uma sempre crescente intromissão do Estado no processo socioeconômico de reprodução - como um modo de superar suas dificuldades, ignorando os perigos que a adoção deste remédio traz, em longo prazo, para a viabilidade do sistema”.

¹² John Maynard Keynes, economista britânico.

O imperialismo, fase superior do capitalismo, permitiu ao mercado ser liderado por monopólios nos quais a criação de empresas dependia de um alto volume de investimentos e a fusão entre o capital financeiro e o capital industrial se concretizou. As pequenas e médias empresas continuaram a existir e foi possível sua multiplicação, mas sempre subordinadas às pressões dos monopólios. Ademais, nas crises maiores, estas seriam as que sofreriam os maiores impactos (NETTO ; BRAZ, 2011).

Nesse estágio ocorreu um enorme crescimento do setor de serviços, principalmente as atividades financeiras e secundárias, comerciais, publicitárias, médicas, educacionais, hoteleiras, turísticas, de lazer, de vigilância privada etc. O fato representou a tendência de transformar, em mercadoria, as atividades humanas, submetendo-as à lógica do capital.

Esse crescimento se utilizou das ideias de Keynes, fundamentadas no Estado protetor e provedor, com incentivo à produção e ao pleno emprego com base no padrão Taylorista/Fordista, que buscou acelerar o crescimento econômico dos países no pós-guerra e foi baseado na implantação de políticas sociais públicas voltadas para uma série de serviços sociais, conhecidos como *Welfare State*¹³, ou Estado de Bem-estar Social (ANTUNES, 2009).

Nessa perspectiva, o objetivo almejado era que o trabalhador não tivesse gastos com educação, saúde, segurança etc. e os recursos de seu salário fossem direcionados às mercadorias de bens de consumo, o que estimularia o crescimento da produção e, conseqüentemente, da economia.

Nesse período da economia mundial do pós-guerra, o papel do Estado era essencial, pois atuaria enquanto regulador através do oferecimento de subsídios aos capitalistas, que iriam assegurar certo padrão de consumo mediado pelos salários e pelas políticas sociais. Em face disso, o Estado capitalista, dos países centrais, implantou o sistema de proteção social, ou seja, o *Welfare State*, incorporando aos direitos civis e políticos parte das reivindicações da classe trabalhadora, a qual, por meio de diversas pressões, conseguiu a ampliação dos direitos sociais (FALEIROS, 2000).

¹³ Os modelos de classificação do *Welfare State* de acordo com as tipologias de Titmuss e Esping-Andersen. CF.(VASQUEZ, 2007).

Desse modo, a atenção do Estado com a proteção social se justificava em razão do seu objetivo de ampliar a economia através do desenvolvimento social, em que buscava canalizar o fundo público tanto para o financiamento do capital quanto para a reprodução da força de trabalho, movido pela lógica de que, para impulsionar a produção, deveria ampliar os mercados e preservar certo poder aquisitivo da população com capacidade de viabilizar o consumo de mercadorias e dar sustentação à economia.

Os direitos conquistados pela classe trabalhadora começaram a ser reduzidos, a partir dos anos 1970, devido à queda da taxa de lucro dos capitalistas, que começaram a associar essa queda ao excessivo aumento desses direitos sociais. Em face disto, a burguesia procurou criar mecanismos para aumentar a taxa de lucro mediante a reversão das conquistas sociais alcançadas. Para isso ocorrer, foi preciso a entrada na terceira fase do estágio capitalista.

A terceira fase, conhecida como capitalismo contemporâneo, se inicia na crise entre os anos 1960 e 1970, que pôs fim aos anos dourados e levou o capital monopolista a adotar diversas medidas que mudaram a sociedade em nível mundial, tais como mudanças econômicas, sociais, políticas e culturais.

Nesse período ocorreu a afirmação da mundialização do capital, sob a coordenação dos Estados Unidos da América (EUA), pelo capitalismo predominantemente financeiro e rentista, que implementou uma política global e iniciou o ataque ao movimento sindical, representante de um dos principais suportes ao sistema de regulação social responsável pelos vários *Welfare State*. Com isso, é posto o argumento que a taxa de lucros teve uma queda maior por causa dos gastos públicos mediante as garantias sociais conquistadas pelo movimento sindical. Desse modo, começou o ataque, impondo medidas legais restritivas com a finalidade de reduzir o poder de intervenção dos movimentos sindicais.

Concordamos com Mézáros (2000), quando afirma que:

Esse sistema, em todas as suas formas capitalistas ou pós-capitalistas tem (e deve ter) sua expansão *orientada* e dirigida pela *acumulação*. Naturalmente, o que está em questão a este respeito não é um processo delineado pela crescente satisfação das necessidades humanas. Mais exatamente, é a expansão do capital como um fim em si, servindo à preservação de um sistema que não poderia sobreviver sem constantemente afirmar seu poder como um modo de reprodução ampliado. O sistema do capital é essencialmente antagônico devido à estrutura hierárquica de subordinação do trabalho ao capital, o qual usurpa totalmente — e deve sempre usurpar — o poder de tomar decisões. Este antagonismo estrutural prevalece em todo lugar, do menor 'microcosmo'

constitutivo ao “macrocosmo” abarcando as relações e estruturas reprodutivas mais abrangentes. E, precisamente porque o antagonismo é *estrutural*, o sistema do capital é — e sempre deverá permanecer assim — *irreformável e incontrolável*.(p. 11, grifo do autor)

O capital passa por mudanças e transforma o rígido modo de produção, uma das principais características do taylorismo/fordismo, e o substitui por outro mais maleável, que se apoia em processos de trabalho, mercado, produtos e padrões de consumo flexíveis. Surgem novos setores de produção, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e altas taxas de inovação comercial, tecnológica e organizacional (HARVEY, 1992).

Essas mudanças alteraram também os meios de produção, baseados em suportes eletromecânicos para os microeletrônicos e a robótica. Com isso, novas exigências são postas à força de trabalho, que requeria maior especialização e várias funções agregadas. Ou seja, exige-se uma força de trabalho mais qualificada e polivalente. Além disso, muitas atividades são desqualificadas, utilizando uma força de trabalho propensa a ser substituída a qualquer momento, o que gerou a precarização das relações de trabalho devido ao crescimento do desemprego e do trabalho informal.

Nesses termos, uma nova forma de controle da força de trabalho foi utilizada pelo capital, o qual valorizou a comunicação e a redução de hierarquias dentro das equipes com a finalidade de conseguir melhores resultados. O discurso de que o trabalho é uma extensão da casa dos trabalhadores serviu para associar o êxito pessoal ao da empresa e, como consequência, quebrar a consistência de classe do sindicalismo de empresa (NETTO ; BRAZ, 2011).

Essas modificações tiveram o intuito de reverter a queda da taxa de lucro e criar novas formas de exploração da força de trabalho. O pleno emprego, da fase anterior, deu lugar a formas precárias de emprego e do emprego parcial, que forçou o trabalhador a procurar várias ocupações para complementar sua renda.

A justificativa foi que a flexibilização ou a desregulamentação das relações de trabalho, representadas pela redução ou retirada de garantias ao trabalho, ampliaria as oportunidades de emprego, ou seja, expandiria o mercado.

Nesse sentido, para poder superar os conflitos existentes, a estratégia do capital foi derrubar as barreiras que limitavam seu movimento. E, para legitimar essa estratégia, o capital articulou um conjunto ideológico que mostrava uma concepção do homem como ser competitivo, possessivo e calculista. Uma concepção de

sociedade fundada na ideia da natural e necessária desigualdade entre os homens e uma noção de liberdade de mercado com uma restrita intervenção estatal, a que se denominou ideologia neoliberal (NETTO ; BRAZ, 2011).

Essa ideologia tem a finalidade de permitir ao capital monopolista acabar com as barreiras e com as restrições sociopolíticas que limitavam sua liberdade de movimento. Dessa forma, o primeiro a ser atacado foi o Estado que, na fase anterior, era o impulsionador da economia, mas que, por outro lado, permitiu o avanço de direitos e garantias sociais.

Destarte, essa ideologia caracteriza-se pela produção em escala mundial requerendo um Estado interventor para garantir as condições externas da produção e acumulação capitalista e ainda com uma intervenção direta e contínua na economia e, com isso, permitir a concorrência entre os monopólios de setores monopolizados e os não monopolizados.

Os monopólios das corporações maiores procuram obter lucros acima da média e escapar das tendências à queda da taxa de lucro por meio do aumento da exploração dos trabalhadores, a fim de compensar a perda de seus superlucros (AUGUSTO, 2012). Além disso, investem nas novas tecnologias, conforme mostrado anteriormente.

O objetivo do capital monopolista não é a diminuição do papel do Estado, mas a retração das funções estatais coesivas, precisamente aquelas que respondem à satisfação dos direitos sociais que representem um Estado mínimo para o trabalho e máximo para o capital e, dessa forma, permita ao mesmo se apropriar do fundo público que é utilizado para essas funções sociais.

Desse modo, a intervenção estatal desonera o capital de boa parte dos tributos que deveriam ser investidos em serviços públicos como saúde, educação, habitação, saneamento etc. em face da preservação da força de trabalho. Além disso, o capital impôs o processo de privatização, que retira do controle estatal empresas e serviços e entrega ao setor privado vários complexos industriais e setores de serviços, como energia, transporte, telecomunicações etc., para que sejam explorados e se obtenha mais lucros. Essas transferências de atividades, antes exclusivas do Estado, para a esfera mercantil, foi a maneira como o capital encontrou as melhores oportunidades de investir e conseguir o superlucro desejado.

Nessa fase, a mais importante transformação pela qual passou a economia foi referente à financeirização do capital que, apoiada pelos recursos informacionais,

garantiu a comunicação instantânea entre agentes econômicos. O novo paradigma desencadeou um grave problema: as economias tiveram seu foco fortemente voltado para o capital rentista (NETTO ; BRAZ, 2011).

Nesses termos, concordamos com Chesnais (1996), quando afirma que a mundialização do capital afetou o consumo doméstico através de dois principais canais. O primeiro foi a queda dos rendimentos do trabalho assalariado devido à destruição de diversas fontes que permitiam a criação de empregos e pressionou o rebaixamento dos salários. O segundo foi a redistribuição da renda nacional em favor dos rendimentos da classe dos rentistas, que ocasionou um enorme crescimento do mercado de aplicações financeiras.

Essa estratégia de financeirização do capital recomendou diversas propostas de ajustes nas economias dos países que possuíam uma maior dívida externa, usando agências internacionais, tais como o FMI e o BM, ambos representantes dos interesses das oligarquias e das finanças. A partir da década de 70, principalmente nos países do Terceiro Mundo, diversas reformas foram exigidas para que esses países pudessem receber recursos financeiros com a finalidade de minimizar os efeitos das crises. Além disso, as despesas públicas aumentaram devido à queda de arrecadação de impostos por causa do desemprego, ocasionado pela mundialização do capital e pela estagnação do consumo, levando à crise fiscal dos Estados (CHESNAIS, 1996).

Os principais fatores resultantes da atual crise econômica foram a globalização da produção, que tinha oferecido aos empresários a perspectiva de diminuir os direitos trabalhistas conquistados pela classe dos trabalhadores, e a explosão do capital financeiro, que não era submetido à regulação estatal (CHOMSKY, 2008). Por causa dessa crise, iniciada nos anos 1970, os Estados foram obrigados a construir um superávit primário, forçando a redução dos seus gastos, conseguidos pela diminuição de investimentos nas áreas sociais com a intenção de aumentar as possibilidades de crescimento econômico e poder pagar os juros da dívida. Além da pressão dos países credores em torno do pagamento dos juros da dívida, a expansão da crise, aliada aos efeitos das políticas neoliberais, desencadeia, conforme adverte Mota (2009), a ampliação do desemprego estrutural, a desregulamentação do trabalho e o crescimento do trabalho informal, ou seja, as diversas formas de precarização e perda das conquistas dos direitos trabalhistas do período fordista/keynesiano.

O toyotismo, que representa a reestruturação produtiva da passagem do modelo taylorista-fordista, surgiu na década de 50 e teve expansão em nível mundial a partir de 1980. Suas principais características são: a flexibilização das relações de trabalho, trabalho temporário, fragmentado e terceirizado. Esse modelo é baseado na individualização do trabalho, o que contribuiu para um processo de desarticulação dos trabalhadores e ocasionou mudanças significativas na organização dos sindicatos, fazendo-os se distanciar cada vez mais de uma proposta política que vise outra forma de organização social (ANTUNES, 1995).

Aliado a isso, o poder financeiro foi amplamente utilizado para disciplinar os movimentos da classe operária, conseguindo reduzir o seu papel e de suas instituições dentro do processo político. Com essas medidas foi possível ter um enorme contingente de proletários desorganizados e submissos, sem nenhum poder de pressão (HARVEY, 2004).

Dessa forma, após 1973 e principalmente nos anos 1980, prevaleceram as deliberações desenvolvidas no Consenso de Washington, no qual foi defendida a ideia de que o mercado é o melhor mecanismo para regular e alocar riquezas. Para que isso ocorra, a meta seria expandi-lo, com a finalidade de elevar o padrão de vida das pessoas.

Nesse sentido, foi defendida a redução do papel do Estado como produtor direto de bens e serviços, sendo o seu papel apenas de regulador, cujo objetivo principal seria assegurar o funcionamento eficiente dos mercados. Entretanto, para isso ocorrer seria necessário adotar políticas econômicas adequadas à manutenção do ambiente macroeconômico interno e externo, estável, e com condições previsíveis para o cálculo dos riscos (BATISTA JR., 1998).

Com base no conceito de Estado mínimo, o FMI e o BM passaram a recomendar, enfaticamente, a disciplina fiscal dos governos, com privatização, focalização dos gastos públicos em educação, saúde e infraestrutura, desregulamentação do processo econômico e da legislação trabalhista, liberalização do comércio exterior e eliminação de restrições ao investimento direto estrangeiro, que trouxeram diversas consequências, principalmente, para a América Latina.

1.2 O Projeto Neoliberal na América Latina

Conforme Therborn (1995), o neoliberalismo representa um projeto coerente e uma teoria vinculada à crise do capitalismo, ou seja, constitui uma teoria que, conectada a uma nova dinâmica, tanto tecnológica e gerencial quanto financeira, dos mercados e da competição, defende que a transformação no modo de produção e das relações é necessária para a superação da crise do capitalismo moderno.

Nessa mesma linha, Bóron (2009) expõe que o neoliberalismo representa a ideologia da reestruturação do capitalismo em escala mundial, que tem procurado se tornar senso comum do nosso tempo e tem uma variação na sua forma e na sua prática pelo fato de os problemas que afligem os países da periferia não serem os mesmos dos países desenvolvidos.

Essa ideologia, segundo Matijascic (2010), procurou combater a ideia de regulação econômica e social, defendida através do acordo *Bretton Woods*¹⁴, que colocava o homem não como uma mercadoria e apresentava o fator social como um complemento indispensável para o setor econômico.

Após o período de crescimento econômico, a grave crise vivenciada pelas economias mundiais nos anos 1970 se espalhou rapidamente e impulsionou as ideias neoliberais a começar a ganhar espaço. O principal argumento estava na defesa de que a crise foi fruto do poder excessivo dos sindicatos, que forçaram o aumento excessivo dos salários, e das reivindicações por um gasto social cada vez maior com a implantação de diversos direitos sociais pelo Estado. Isto estava ocasionando a destruição da base de acumulação capitalista.

No combate ao Estado intervencionista e de bem-estar social que concedeu muitas medidas protecionistas à classe trabalhadora, as ideias propostas por Hayek no livro “O caminho da servidão”, escrito em 1944, começaram a ser adotadas como

¹⁴ No período de 1945 a 1973, a ideia de regulação econômica e social foi guiada pelo Consenso de Filadélfia – Bretton Woods, em um contexto propício à ação dos economistas desenvolvimentistas e keynesianos, os quais consideravam o desenvolvimento social necessário para retomar o desenvolvimento econômico. Segundo esse ideal, era preciso enfrentar os riscos do liberalismo, vigente à época, permitindo uma existência humana baseada na responsabilidade moral e coletiva. Como as sociedades modernas se consolidaram com base na relação salarial, foi preciso ultrapassar o conflito de classes por meio de um compromisso corporativista em que o Estado, deveria defender o interesse geral, ou seja, corrigir e suplementar as falhas do mercado, sendo um mediador dos interesses entre o capital e o trabalho. Nesse acordo foram criados o FMI e o BM, com o objetivo formal de financiar a reconstrução das economias destruídas pela guerra e garantir a estabilidade monetária.

a reação teórica e política contra essa intervenção, através de um conjunto de receitas econômicas e programas políticos adotados a partir dos anos 1970 (THERBORN,1995).

Segundo Hayek (1990), o padrão de redistribuição de renda fez criar uma cultura imobilista e desestimuladora nos cidadãos, pois eles não tinham a convicção de que nas suas ações livres e individuais estaria contida a possibilidade de ascensão e de reconhecimento social; pela manutenção das desigualdades sociais é que os indivíduos seriam incentivados a se esforçar no intuito de atingir seu bem-estar.

Baseada nessas ideias, a liberdade foi posta em contraposição com o Estado de bem-estar social, no qual seria preciso minimizar a influência do Estado e conferir maior liberdade ao mercado. Dentro do contexto do desenvolvimento da mundialização do capital, esse cenário significou, por um lado, a liberalização dos mercados e, por outro, a perda relativa do poder e autonomia do Estado.

Assim, a reforma foi expressa nos ajustes estruturais de orientação monetarista e neoliberal dos planos econômicos, sociais e burocrático-institucionais que os Estados nacionais, a partir das pressões e exigências do FMI e BM, tiveram que implementar, como condição para receber os empréstimos e os investimentos produtivos dos capitais financeiros e das multinacionais. A realização desses ajustes foi uma imposição colocada como condição para a inserção do país na dinâmica do capitalismo contemporâneo (BÓRON, 2006).

Nesses termos, na América Latina, esses ajustes estruturais desencadearam mudanças através das políticas liberalizantes, privatizantes e de mercado, consideradas de curto-prazo, e que iriam resolver os problemas do déficit fiscal, pois reduziriam os gastos públicos através de uma política monetária restritiva para combater a inflação. Os objetivos, a médio prazo, seriam: transformar as exportações em fator principal de crescimento, liberalizar o comércio exterior, atenuar as regulações estatais, maximizando o uso do mercado; concentrar o investimento no setor privado, além de reduzir a presença do setor estatal para promover uma estrutura de preços sem distorção (SOARES, 2001).

Dessa forma, compreendemos que os ideais neoliberais, para fortalecer a globalização transnacional da economia, impuseram um conjunto de reformas econômicas de ajuste estrutural, representado pela abertura das economias nacionais, desregulamentação dos mercados, flexibilização dos direitos trabalhistas,

privatização das empresas públicas, corte nos gastos sociais e controle do déficit fiscal. De acordo com Gómez (1999), essas reformas na América Latina ficaram conhecidas como o Consenso de Washington.¹⁵

Após ter executado uma forte disciplina fiscal para controlar a inflação e estabilizar as moedas, não se atingiu o objetivo de retomada do crescimento econômico como esperado. Uma das estratégias adotadas foi reduzir os impostos da classe dominante para que seus membros conseguissem acumular mais lucros e voltassem a investir na economia. Em vez disso, o que se obteve foi a construção de uma sociedade mais desigual e com uma maior concentração de renda (BÓRON, 2006).

Conforme argumenta Petras (1999), a recuperação dos lucros serviu para o aumento da desigualdade, pois as estratégias do neoliberalismo têm o objetivo de transferir as riquezas para cima, ou seja, para os mais ricos, ao retirar ou diminuir os benefícios, proteções, regras de pagamento e de emprego e enfraquecer as organizações da classe trabalhadora.

Nesse sentido, embora tenha havido recuperação dos lucros, não houve recuperação dos investimentos, pelo fato de a desregulamentação financeira promovida pelo programa neoliberal ter dado mais condições para a modalidade especulativa do que a produtiva, e gerar, a partir da década de 80, um aumento dos mercados de câmbio internacionais (ANDERSON, 2000).

Entendemos que a liberalização da economia, a desregulamentação do setor financeiro, a desnacionalização de riquezas naturais, a privatização (de empresas bancárias estatais, industriais, agropecuárias e de serviços públicos) foram utilizadas como medidas de privatização, desnacionalização, integração e globalização. Estas mudanças serviram de base para uma nova política de cortes do gasto público, com a finalidade de equilibrar o orçamento para o pagamento dos juros da dívida pública

¹⁵ Essas reformas na América Latina ficaram conhecidas como o Consenso de Washington. Em 1989, realizou-se uma reunião (conhecida como Consenso de Washington) entre os organismos financeiros internacionais (FMI, BIRD, BM), funcionários do governo americano e economistas e governantes latino-americanos, para avaliar as reformas econômicas da América Latina, recomendando aos países devedores as seguintes diretrizes a ser implantadas como condição para receber cooperação financeira externa, bilateral ou multilateral: 1) disciplina fiscal, 2) redução do gasto público, 3) reforma tributária, 4) juros de mercado, 5) regime cambial de mercado, 6) abertura comercial, 7) eliminação de controle sobre investimento direto estrangeiro, 8) privatização, 9) desregulação de leis trabalhistas e 10) institucionalização da propriedade intelectual (BATISTA, 1994).

com o dinheiro que deveria ser destinado à saúde, educação e desenvolvimento. Como consequência, o observado foi a redução da renda direta de boa parte da população, especialmente a dos assalariados (CASANOVA, 2008).

Nessa perspectiva, Feijóo (2008) argumenta que foram gerados diversos problemas para as sociedades latino-americanas e, dentre eles, o processo de industrialização, direcionado a setores mais complexos, que permitiu impulso às exportações de bens manufaturados e a elevação do coeficiente médio de exportação, elevação da dinâmica da produtividade do trabalho, maior abertura externa, incremento da taxa de mais-valia, aumento do grau de monopólio e tendências ou pressões em favor do desenvolvimento ou implantação de formas políticas autoritárias.

Segundo Laurell (2008), as quatro estratégias da implantação dessa política social neoliberal são: os cortes dos gastos sociais, a privatização, a centralização dos gastos sociais públicos em programas seletivos contra a pobreza e a descentralização. A autora coloca, ainda, que a privatização é o elemento articulador dessas estratégias, pois atende ao objetivo econômico de disponibilizar as atividades econômicas rentáveis aos investimentos privados, com a finalidade de ampliar a acumulação com o objetivo político-ideológico de remercantilizar o bem-estar social.

Destarte, concordamos com Bóron (2009), quando assevera que o avanço do neoliberalismo na América Latina foi mais ideológico e cultural que econômico, pois apoiado em uma tendência à mercantilização dos direitos conquistados pela classe trabalhadora, agora convertidos em bens ou serviços possíveis de ser adquiridos, o que representa uma apologia aos mercados e uma ofensiva contra o Estado no campo do pensamento. A massificação da criação do senso-comum neoliberal, como uma nova mentalidade, penetrou nas crenças populares e no âmbito da cultura e da ideologia que coloca para diversos setores da sociedade a responsabilidade pela não existência de alternativa.

Conforme Ibarra (2011), mesmo com a existência de reações contrárias ao neoliberalismo na América Latina, o que se observa é a tentativa de minimizar o Estado, com a transferência de funções ao mercado interno ou ao internacional e com significativas restrições aos direitos coletivos. Além disso, ocorre a concentração de privilégios e rendas e o Estado se coloca a serviço dos objetivos da classe dominante.

Dessa forma, entendemos também que, através desses valores, os interesses do capital são protegidos e defendidos por diversos protagonistas da economia mundial. Conforme Boron (2009), em primeiro lugar, por uma rede de organismos financeiros internacionais, como o FMI, BM, bancos comerciais, comunicadores sociais, publicitários e acadêmicos que aderiram às ideias neoliberais. Em segundo, pelos governos dos países centrais e suas autoridades monetárias e financeiras. Em terceiro, pelos economistas que adotaram esse paradigma como dominante na profissão e, por último, as organizações empresariais, os partidos e os movimentos sindicais que fornecem respaldo a essa ideologia.

Por meio da globalização, que se utiliza das relações internacionais com o uso da desregulamentação econômica, houve, no Estado, uma perda de poder diante da livre circulação dos capitais. Isso fez com que o capital privado ficasse responsável por obras de infraestrutura e por serviços sociais. Através das privatizações, as pessoas que podem pagar recorrem a serviços de saúde, educação, segurança etc. (SADER, 2009).

Desse modo, compreendemos que, embora as elites dominantes nacionais defendam progressivamente um Estado mínimo como prestador de serviços, cada vez mais são exigidos subsídios, créditos, perdão de dívidas e isenções de impostos, isto é, subordinado ao processo de acumulação do capital que procura se apropriar de maneira mais veemente do fundo público disponível das áreas sociais.

Concordamos com Montaño e Duriguetto (2010), quando argumentam que uma das funções econômicas impostas ao Estado foi garantir condições mais atrativas aos investimentos estrangeiros, que incluem:

- a) A segurança das instituições, mediante a estabilidade e previsibilidade do cenário político, procurando controlar os conflitos sociais a partir das ações de combates a sindicatos, movimentos sociais trabalhistas e a criminalização da pobreza.
- b) A infraestrutura custeada pelo Estado e estimulando o investimento privado através de subsídios fiscais.
- c) A privatização e desnacionalização de empresas públicas, transferindo para o capital privado transnacional o controle das empresas públicas, criando áreas produtivas que apresentem demanda crescente, levando a um superfaturamento e diminuindo os efeitos da crise de superprodução e superacumulação.
- d) A redução e restrição do gasto público-social, que representa a diminuição do gasto em políticas sociais, privatizando a seguridade social, a assistência, a previdência e a saúde, bem como a educação.
- e) A desregulamentação das relações de trabalho, tornando os salários reduzidos e as relações de trabalho precarizadas e flexíveis.
- f) A desobrigação, desoneração e remuneração do capital especulativo, criando incentivos fiscais, alta taxas de juros e desregulação dos

ingressos e egressos do capital financeiro no país (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2010, p. 206).

Em face disto, podemos visualizar a capacidade do capital de se organizar para superar as crises existentes, mudando a si mesmo, através da transformação de formas mais antigas de se reproduzir por novas formas, embora conservando a sua natureza, que é a busca pelo lucro. Porém, para isso ocorrer, o capital procura desenvolver outras maneiras de garantir a sua reprodução e tenta acabar com o Estado de bem-estar social, representado pelas políticas keynesianas. Dessa forma, ocorre a busca de novas alternativas de se reproduzir, que permitam sair da recessão, superar as barreiras impostas e se mundializar. Para isso acontecer, a ideologia neoliberal propôs um novo modelo de gestão pública que será demonstrado no próximo item.

1.3 O modelo de gestão pública para a América Latina: agenda de reformas neoliberais de redução do papel do Estado e expansão do mercado

Inicialmente, a resposta neoliberal-conservadora foi embasada na necessidade de reformar o Estado para que houvesse o restabelecimento do equilíbrio fiscal dos países em crise. Em função deste equilíbrio, que permitiria superar a crise estrutural, foi aberta a possibilidade de aproveitar a oportunidade para fazer a reforma do aparelho administrativo do Estado e aumentar o predomínio do mercado privado sobre o estatal (ANDERSON, 2000).

De acordo com o Centro Latino-Americano de Administração para o Desenvolvimento (CLAD) (1998), a construção de um novo tipo de Estado era uma questão fundamental para a América Latina que, mesmo inserida num contexto global de reformas, possuía importantes peculiaridades, pois a crise foi bem maior que a existente no mundo desenvolvido pelo fato desses países terem um modelo anterior de desenvolvimento econômico (modelo de substituição de importações), assim como pelo problema da dívida externa, que se tornou crônico em quase todo o continente.

Neste sentido, na década de 80, a maioria das nações latino-americanas enfrentou um processo de estagnação econômica atrelada a altas taxas de inflação. Diante desse cenário, as principais medidas adotadas por esses governos para conseguir a estabilização da economia e combater a hiperinflação foram as reformas

orientadas para o mercado, sobretudo a abertura comercial e o ajuste fiscal (SADER, 2009).

Em função desse ajuste, na América Latina, os ideais neoliberais foram aplicados de forma pioneira no Chile, sob a cruel ditadura de Pinochet. O governo Pinochet “começou seus programas de maneira dura: desregulação, desemprego massivo, repressão sindical, redistribuição de renda em favor dos ricos e privatização de bens públicos” (ANDERSON, 2000, p.19).

Após a experiência do Chile, sucederam-se as experiências da Bolívia, com Jeffrey Sachs, em 1985; do México, com Salinas, em 1988; da Argentina, com Menem, em 1989; da Venezuela, com Andrés Perez, em 1989; do Peru, com Fujimori, em 1990; e do Brasil, com Collor, em 1990 (ANDERSON, 2000).

Um balanço feito dessas primeiras reformas pelo CLAD (1998), demonstrou que o ajuste estrutural efetuado com o objetivo de diminuir o tamanho do Estado não conseguiu resolver uma série de problemas, considerados básicos, para a América Latina e, por causa disso, foi necessária uma segunda geração de reformas, com a finalidade de reconstruir o aparelho estatal.

Nessa nova reforma, o Estado continuou como um instrumento fundamental para o desenvolvimento econômico, político e social dos países, mas deveria funcionar de maneira diferente do padrão nacional desenvolvimentista, em que o Estado era o responsável pela industrialização que incluía bancos de desenvolvimento, investimentos estatais em infraestrutura, empresas do setor público para desenvolver novos setores de produção e, nos estágios avançados, a promoção das exportações e a integração regional. Este modelo foi adotado em boa parte da América Latina. Além de modificar esse padrão nacional desenvolvimentista era preciso reconfigurar o modelo social burocrático vigente no mundo desenvolvido do pós-guerra pelo fato desse modelo permitir que os espaços da administração pública burocrática convivessem com o patrimonialismo em vários setores e com o preenchimento dos cargos do alto escalão através de práticas clientelistas, aspecto que por muitas vezes inviabilizava a profissionalização da alta burocracia.

Nesse processo de reconstrução do Estado latino-americano, o maior desafio seria compatibilizar as tendências de mudanças mundiais com as especificidades de cada região. Ou seja, a América Latina teria que se preparar para enfrentar a competição econômica internacional trazida pela globalização, a qual exigia mudanças estruturais para os Estados nacionais. Para que isso ocorresse, o Estado

deveria substituir suas antigas políticas protecionistas por medidas que permitissem às empresas serem mais competitivas nesse novo ambiente econômico. Para isso ocorrer seria necessário um projeto para o setor de comércio exterior, capaz de aumentar a participação dos países no comércio mundial, no qual os recursos públicos e privados fossem direcionados estrategicamente para programas nas áreas de educação, ciência e tecnologia (CLAD, 1998).

Com isso, o Estado deveria assegurar os serviços na área de saúde, educação e serviços sociais, enquanto o setor econômico teria a função de criar instrumentos que ajudassem a promover o desenvolvimento e garantir as condições macroeconômicas favoráveis ao investimento privado e ao aumento da competitividade através da implantação de políticas públicas direcionadas aos setores de ciência, tecnologia e comércio exterior. Em outras palavras, era necessário um Estado forte no plano econômico e no plano político (TROSA, 2001).

Nesse sentido, a administração pública assumiria o papel de regulador e não o de promotor da economia e, para isso ocorrer, deveria criar agências para supervisionar os serviços. Além disso, ao Estado caberia desenvolver a capacidade estratégica de atuar junto ao setor privado e às universidades no intuito de criar um ambiente adequado ao aumento da competitividade das empresas.

Na área social, o papel do Estado seria o de formular e financiar as políticas públicas e desenvolver a capacidade reguladora dos governos estaduais, o que atrairia empresas nacionais e ampliaria a ação do terceiro setor no compartilhamento de responsabilidade na execução dos serviços públicos, principalmente, os de saúde e educação básica. Além disso, o Estado deveria manter o poder de intervenção nas atividades em que não fosse viável a prestação dos serviços por um provedor e/ou por entidades públicas não estatais, ou seja, o aparato estatal seria o único a garantir a uniformidade e a realização das políticas públicas nesse caso (CLAD, 1998).

Essas mudanças na estrutura do Estado só poderiam ser viabilizadas caso os projetos de reformulação estatal considerassem três problemas específicos da região que necessitavam ser resolvidos: a consolidação da democracia, a retomada do desenvolvimento econômico e a redução da desigualdade social. Seriam essas três especificidades que poderiam colocar novas perspectivas à reforma do Estado na América Latina, pois essas representavam perspectivas diferentes das anteriores, de cunho meramente financeiro e tecnocrático (BRESSER-PEREIRA, 2000).

Nessa perspectiva, para que isso ocorresse, os Estados latino-americanos deveriam possuir a capacidade de enfrentar as questões da redemocratização, do desenvolvimento econômico e da distribuição de riqueza através da implantação da Reforma Gerencial, considerada pelo CLAD (1998) como um aspecto fundamental para aumentar a governança, bem como melhorar a governabilidade democrática do sistema político.

Esse modelo gerencial, proposto pela ideologia neoliberal, teve sua formulação baseada nas transformações organizacionais do setor privado, que alteravam a forma burocrático-piramidal de administração, flexibilizavam a gestão, diminuiriam os níveis hierárquicos e permitiriam o aumento da autonomia de decisão dos gestores. Isso ajudaria a sair de uma estrutura baseada em normas centralizadas para uma outra, focada na responsabilização dos gestores, que seriam avaliados pelos resultados efetivamente produzidos. Esse novo modelo buscava responder, com maior velocidade, às mudanças a acontecer na economia e na sociedade contemporânea e procurou se adequar ao contexto do setor público (CLAD, 1998).

A Reforma Gerencial foi uma concepção burocrático-weberiana, que busca um serviço público profissional e meritocrático para permitir uma condição essencial à substituição da administração pública burocrática. O antigo modelo de administração pública burocrática da América Latina conviveu com um forte patrimonialismo em vários setores e com o preenchimento dos cargos do alto escalão através de práticas clientelistas, que inviabilizaram a profissionalização da alta burocracia. Por essas questões, fazer a Reforma Gerencial do Estado na América Latina é um desafio bem maior que realizá-la na Europa ou nos EUA.

A base é a neutralidade da burocracia que exerce funções no núcleo de atividades centrais do Estado, isto é, a proposta foi centrada na criação de um núcleo estratégico dentro do aparelho estatal, capaz de formular políticas públicas e exercer atividades de regulação e controle da prestação dos serviços públicos. Nesse setor, é fundamental a existência de funcionários públicos qualificados e treinados constantemente, protegidos das interferências políticas, bem pagos e motivados (BRESSER-PEREIRA, 2000).

Desse modo, na concepção weberiana, seria necessário que ocorresse o fortalecimento do núcleo estratégico, exercido por uma burocracia profissional, bem como seria preciso modificar o paradigma organizacional presente no modelo, pois o

mesmo não consegue mais responder aos dilemas da administração pública contemporânea. Nesse sentido, as mudanças devem orientar-se:

- a) Pela flexibilização organizacional, capaz de tornar os governos mais ágeis;
- b) Pela criação de uma rede de relações mais democráticas entre a prestação dos serviços públicos e os cidadãos-consumidores;
- c) Pela implantação de um modelo contratual e competitivo de ação estatal, a partir do qual se possa aumentar a eficiência e a efetividade das políticas (CLAD, 1998, p. 31).

Assim, a Reforma Gerencial absorve um aspecto essencial do modelo burocrático weberiano, a profissionalização baseada na iniciativa privada, e modifica os demais, com o intuito de reconstruir o aparelho estatal para enfrentar os desafios do século XXI e os impactos mundiais que atingem os países latino-americanos (CLAD, 1998).

Para os seus defensores, esse padrão tem um papel importante no aperfeiçoamento da governabilidade democrática na medida em que pressupõe aprofundar os mecanismos democráticos de responsabilidade e transparência da administração pública. Ele assegura os mecanismos necessários ao aumento da eficácia, eficiência e efetividade, além de criar novas condições que possibilitem tornar mais transparente a relação entre o Estado e a sociedade (BRESSER-PEREIRA, 2000). Suas principais características são:

- a) A profissionalização da alta burocracia, que é o ponto de partida da Reforma Gerencial;
- b) A administração pública deve ser transparente e seus administradores responsabilizados democraticamente perante a sociedade. Isso porque a profissionalização da burocracia não a torna completamente imune à corrupção, fenômeno mundial que tem aumentado demasiadamente na América Latina.
- c) A Descentralização da execução dos serviços públicos é essencial para a modernização gerencial do Estado latino-americano
- d) Nas atividades exclusivas de Estado, que permanecem a cargo do Governo Central, a administração deve ser baseada na desconcentração organizacional.
- e) A Administração Pública Gerencial orienta-se, basicamente, pelo controle dos resultados, ao invés do controle passo a passo das normas e procedimentos, como fazia o modelo burocrático weberiano
- f) A maior autonomia gerencial das agências e de seus gestores deve ser complementada por novas formas de controle. O controle deixa de ser o apenas burocrático, que buscava aferir se todos os procedimentos tinham sido cumpridos de forma correta, para se preocupar mais com os ganhos de eficiência e efetividade das políticas.
- g) No modelo gerencial de administração pública é preciso distinguir duas formas de unidades administrativas autônomas.
- h) Outra característica importante da Reforma Gerencial do Estado é a orientação da prestação dos serviços para o cidadão-usuário, isto é, voltado mais para a afirmação do poder do Estado e da burocracia estatal do que para responder as demandas dos cidadãos.

- i) Modificar o papel da burocracia em relação à democratização do Poder público. Segundo os princípios da Reforma Gerencial, é preciso aumentar o grau de responsabilização do servidor público em três aspectos: i) Perante a sociedade, tornando a administração pública mais transparente, voltada para a prestação de contas, treinando os funcionários públicos para que comecem a tratar os cidadãos como consumidores cujos direitos devem ser respeitados, enxergando o usuário do serviço como um possível aliado na busca para resolver os problemas; ii) Perante os políticos eleitos, nos termos da democracia representativa, sejam do governo sejam da oposição; e iii) Perante os representantes formais e informais da sociedade que estejam atuando junto à esfera pública não estatal. (CLAD, 1998, p. 32)

Mesmo existindo todos os argumentos que foram colocados anteriormente para justificar a necessidade de adequação a esse novo modelo gerencial, defendido pela ideologia neoliberal, para Sunkel (1999) existem quatro problemas principais dessa ideologia que precisam ser considerados:

- a) Desempenho econômico medíocre do crescimento como um todo;
- b) Alto (e incontrolável) grau de volatilidade financeira;
- c) Fraqueza exacerbada das instituições públicas internacionais e;
- d) Uma contínua deterioração da renda em nível global (p. 175).

Percebemos que isso contradiz o discurso neoliberal, o qual afirma que as transformações tecnológicas, econômicas, sociais, políticas e culturais, aliadas com um menor intervencionismo estatal, tornaram possível atingir a nova era da liberdade econômica e política, ou melhor, do bem-estar econômico e social.

Isto posto, concordamos com Anderson (2000), quando afirma que um balanço do neoliberalismo na América Latina só podia ser provisório, porque é um movimento ainda inacabado, mas que, economicamente, fracassou, pelo fato de não ter conseguido nenhuma revitalização do capitalismo. Contraditoriamente, o neoliberalismo atingiu a maioria dos seus objetivos na área social, criando sociedades marcadamente mais desiguais, embora não tão desestatizadas, como afirmava. Na área ídeo-política, o neoliberalismo alcançou êxito por ter disseminado a simples ideia de que não há alternativas para os seus princípios, e que todos têm que se adaptar às suas normas, ou seja, implementar os modelos gerenciais propostos.

Segundo Ibarra (2011), o projeto neoliberal alterou a ordem social interna dos países, como a autonomia estatal. Quanto ao primeiro, a supressão do protecionismo, da política industrial e de outras formas de intervencionismo estatal, unida às privatizações e à abertura de fronteiras alterou as oportunidades de crescimento. Em relação à estratégia do mercado interno, o foco se concentrou nas exportações de produtos primários, tais como produtos agropecuários, minerais,

energéticos, máquinas simples, enquanto não eram desenvolvidos produtos de alta tecnologia.

Após a tentativa de implantação desse novo modelo gerencial, a reprodução da pobreza continuou crescendo, alimentada pela exclusão e desigualdade social como um produto da dinâmica econômica. Os altos níveis de desemprego, a insegurança, a violência, a polarização social, a fragmentação etc., são os cenários que predominam nas sociedades latino-americanas (CATTANI ; DIAZ, 2005).

Concordamos com Soares (2001), quando argumenta que a percepção da política social nos países da América Latina, a partir dos anos 1990, escolhida pelos governos, foi a pior possível, pois produziu um agravamento do quadro social através de ações sociais compensatórias de corte neoliberal que, mesmo assistidas bem ou mal anteriormente, passaram a ser totalmente desassistidas pelo poder público.

Diante desse quadro que se instalou, foi possível fazer uma análise do que aconteceu com as políticas dessa área nos países submetidos a medidas de ajuste fiscal, que configuraram o perfil neoliberal de política social implantada e que continua a ser executada, gerando diversos problemas sociais (SOARES, 2001).

Um dos principais problemas foi o comportamento pró-cíclico e regressivo do gasto social com o financiamento desse setor, que teve seus gastos reduzidos a mecanismos compensatórios mínimos. Por causa disso, ocorreu uma forte redução do orçamento dos setores sociais, responsável por afetar os serviços periféricos de atendimento das classes mais carentes e desprotegidas da população, com menor poder de pressão.

Outro aspecto comum foi a descentralização de serviços sociais que apenas transferiram os serviços, muitas vezes deteriorados e sem financiamento, para a responsabilidade dos níveis locais de governo, que possuíam um menor poder de arrecadação. Vale ressaltar que, quando receberam esses serviços, por falta de capacidade financeira, o nível local deixou de prestá-los ou os manteve com um funcionamento mínimo precário.

Assim, a privatização total ou parcial dos serviços foi uma estratégia que acompanhou a descentralização e gerou uma contradição, pois, por um lado, oferece serviços melhores para quem pode pagar e, por outro, oferece os de pior qualidade, ou nulos, para quem necessita de acesso gratuito.

A estratégia de focalização defendia a ideia de que os gastos e os serviços sociais deviam ser dirigidos exclusivamente aos pobres, ou seja, somente aqueles que comprovassem ser pobres poderiam ter acesso aos serviços públicos. Como a maioria é formada por pessoas consideradas dessa faixa e como se procurava evitar a inclusão dos não-pobres, existiu o grave problema de fazer a exclusão dos próprios pobres nos serviços oferecidos.

Nesse sentido, o esvaziamento do setor público e o desmantelamento de seus serviços sociais foram acompanhados pelo retorno à família e aos órgãos da sociedade civil sem fins lucrativos como agentes do bem-estar social. Esse quadro levou à renúncia do Estado em assumir sua responsabilidade na prestação de serviços sociais universais, principalmente em saúde e educação. O problema foi a substituição dos serviços públicos e não a sua possível atuação complementar, principalmente na fiscalização e controle dos serviços que passaram a ser precários ou inexistentes. Além de todos esses problemas apresentados, concordamos com Soares (2001) quando expõe que os programas alternativos que substituíram as políticas sociais em alguns países, baseados apenas na retórica da solidariedade e participação comunitária, focalizados na pobreza, de cobertura e eficácia duvidosa, não foram capazes sequer de minimizar os problemas sociais existentes e não deram uma solução que permitisse a sua resolução.

Em face da retração estatal defendida pelas políticas neoliberais, outra estratégia utilizada foi a focalização e a autoajuda realizados pelos programas de combate à pobreza, que foram caracterizados como residuais, emergenciais e temporários. Esses programas foram considerados como eixo central das propostas dos organismos internacionais como o BM e o BID para os governos latino-americanos, na intenção de minimizar os efeitos da crise econômica e dos processos de ajuste fiscal. O problema estava no acompanhamento da mercantilização dos serviços e benefícios sociais, da capitalização do setor privado, via subsídios e incentivos fiscais, e da deterioração e desfinanciamento do setor público.

Segundo Vadell e Carvalho (2014), embora o discurso neoliberal saliente as virtudes do livre mercado e o combate à intervenção governamental, sua desregulamentação implicou um papel ativo do Estado com o intuito de regulamentar as economias nacionais na América Latina, em que o provimento dos recursos e equilíbrio dos preços era uma função da qual o Estado deveria se afastar.

Concordamos com Mandel (1990), quando diz que as modificações postas aos governos, em função da superação da crise, constituíram apenas uma forma eficiente de o capital impor a lei do valor, uma vez que, durante a retomada da produção, o capital concentra-se, destruindo os capitais mais frágeis, através da concorrência, e aumentando os oligopólios.

Além disso, Salvador (2010a) argumenta que uma característica comum às crises financeiras dos últimos trinta anos foi a utilização do fundo público para socorrer as instituições financeiras falidas durante as crises bancárias, à custa dos impostos pagos pelos cidadãos. Com a financeirização da riqueza, os mercados financeiros passaram a disputar cada vez mais recursos do fundo público, o que impediu a expansão dos direitos sociais.

1.4 A reforma do Estado Brasileiro

A década de 70 foi o início de transformação da atuação dos movimentos contra a ditadura¹⁶ e, nessa mesma década, ocorreram diversos ajustes fiscais que não conseguiram atingir os resultados desejados, embora o Brasil tenha realizado dez ajustes fiscais e sete máxi ou minidesvalorizações da moeda (TAVARES; FIORI, 1993).

A partir de 1980, de acordo com Cohn (2006), a sociedade brasileira vivenciou o fim do regime militar e passou pelo processo de redemocratização. Nesse mesmo período, vivenciou a crise do capitalismo, que fez acontecer a sua reorganização e permitiu a adoção das propostas de reforma do Estado por diferentes governos, com o objetivo de se adequar às novas exigências do novo capital, às demandas sociais e à burocracia estatal.

O fim dessa década foi marcado pela primeira eleição presidencial após a ditadura que se instalou no país desde os anos 1960. Com a eleição de Fernando Collor de Mello, começaram a ocorrer no país reformas estruturais, tais como o programa de privatização e a redução de tarifas aduaneiras. Além disso, ocorreram reformas orientadas para o mercado como complemento do processo de

¹⁶ No Brasil, a ditadura militar começou o processo de dilapidação do Estado, servindo de base para que a ideologia neoliberal encontrasse um terreno fértil para sua atuação e expansão (OLIVEIRA, 1998).

modernização. Apesar da saída de Collor, através do impeachment, as reformas estruturais do seu governo foram o início do processo de contrarreforma neoliberal (BEHRING, 2008).

Na interpretação de Dain e Soares (1998) a reforma do Estado implementada se mostrou insuficiente e não atingiu os objetivos propostos pelo modelo de Estado mínimo defendido pelas correntes neoliberais. Além disso, afastou da sociedade brasileira a possibilidade de um modelo de proteção social universal.

Nesse sentido, Nogueira (1998) defende que a reforma do Estado brasileiro foi comprometida pelo ambiente político-social no qual foi projetada, pois eram nítidos os conflitos existentes entre os atores que lutaram pelo fim do regime ditatorial e, além disso, havia uma intensa campanha de desqualificação do Estado e da esfera pública, cuja imagem foi comprometida pelos anos de ditadura.

As medidas reformistas adotadas para a modernização do Estado não apontaram os problemas centrais ou as soluções necessárias à modernização e à viabilização econômico-financeira do Estado nacional, ou seja, a reforma se apoiou como solução para o controle dos gastos fiscais e colocou como um dos maiores problemas o funcionalismo público, que representava a parte essencial desse processo de reforma (DAIN; SOARES, 1998).

No início dos anos 1990 ocorreu uma forte crise econômica por causa da alta inflação da década anterior, e que ainda persistia no país. Essa crise gerou um baixo investimento público e privado; por outro lado, não foi encontrada uma solução para o problema do endividamento brasileiro, que teve como consequência uma situação social grave, com altas taxas de desemprego e serviços sociais precários.

Em 1994, o Plano Real foi implementado e executado no Brasil, representando um plano de estabilização patrocinado pelas instituições internacionais, fruto do consenso de Washington, conforme visto anteriormente, que viabilizou a renegociação das dívidas e permitiu novos empréstimos. Contudo, em contrapartida, exigiu a desregulamentação dos mercados brasileiros para uma livre circulação dos fluxos financeiros.

Outra consequência grave das medidas impostas foi a sobrevalorização do câmbio, que exigiu a captação permanente de recursos externos para equilibrar a balança de pagamentos e permitiu uma alta taxa de juros capaz de atrair para o país o capital especulativo, transferindo lucros para setores improdutivos através, principalmente, da alocação do fundo público para esta finalidade. Esse fato gerou

diversos impactos, como o bloqueio da possibilidade de desconcentração de renda, desproporção entre capital especulativo e capital produtivo, taxa de juros elevada recaída sobre o Estado na forma de crise fiscal, compressão dos gastos públicos com serviços essenciais, desnacionalização do patrimônio público e inibição de crédito (BEHRING, 2008).

Além dessas consequências, houve a tentativa de reforma nos sistemas de proteção social e cortes na previdência social, nos fundos de aposentadorias e pensões, nos programas assistenciais e nos serviços de saúde pública, em razão de o setor de seguridade social ser um dos principais segmentos com enorme interesse na privatização por causa da sua capacidade de acúmulo de capital e, principalmente, pela possibilidade de ampliação de capitais, sobretudo o de seguros privados (SALVADOR, 2010a).

Desde o início do primeiro ano do governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), em 1995, o Governo Federal assumiu a reforma da gestão pública, com base no ideário neoliberal que propôs um marco de gerenciamento chamado de Nova Gestão Pública¹⁷, com finalidade voltada à administração gerencial do aparelho do Estado mediante o fetiche da sua crise. O argumento era que, embora a crise estivesse presente desde a década de 70, ela apenas se tornou clara na década de 80, através da crise fiscal sofrida pelo Brasil em função do esgotamento da estratégia de substituição de importação. Por causa disso, ficou centralizado e concentrado no aparelho do Estado um excesso de normas e regulamentos que ocasionaram uma forte rigidez no planejamento e na execução dos seus procedimentos.

Para Bresser-Pereira (2008a), um dos principais articuladores das ideias neoliberais, e para os demais membros do governo, a crise não era decorrente do capital, ao contrário, caracterizava-se como uma crise do Estado, ou seja, do modelo administrativo e gerencial, e para sua superação seria necessário rever esse

¹⁷ Segundo o Plano Diretor de Reforma do Estado "é preciso, agora, dar um salto adiante, no sentido de uma administração pública que chamaria de 'gerencial', baseada em conceitos atuais de administração e eficiência, voltada para o controle dos resultados e descentralizada para poder chegar ao cidadão, que, numa sociedade democrática, é quem dá legitimidade às instituições e que, portanto, se torna 'cliente privilegiado' dos serviços prestados pelo Estado. É preciso reorganizar as estruturas da administração com ênfase na qualidade e na produtividade do serviço público; na verdadeira profissionalização do servidor, que passaria a perceber salários mais justos para as funções. Esta reorganização da máquina estatal tem sido adotada com êxito em muitos países desenvolvidos e em desenvolvimento" (BRASIL, 1995, p. 6).

modelo. Portanto, como solução foram propostas mudanças e alterações nesse padrão vigente, com ênfase no ajuste das reformas econômicas, orientadas para o mercado e acompanhadas por uma política industrial e tecnológica que prepararia o país para a competição internacional. Além disso, seriam necessários ajustes na reforma da previdência social e na inovação dos instrumentos de política social que proporcionariam maior abrangência e promoveriam uma melhor qualidade para os serviços sociais. Com essas alterações, a reforma do aparelho do Estado aumentaria a governança, assim, aumentaria a capacidade de implementar eficientemente as políticas públicas (BRASIL, 1995).

Essa governança, ainda segundo o autor, representou a introdução da ideia da eficiência e da qualidade como cultura na administração pública, inspirada nos modelos da administração gerencial das empresas privadas que tinham na flexibilização e na descentralização das decisões o fator que permitiria aumentar a eficiência do Estado. O plano previa uma estratégia de transição em três direções: a mudança na legislação, inclusive as reformas constitucionais; a introdução de uma cultura gerencial e a adoção de práticas gerenciais.

Dessa forma, em 23 de agosto de 1995, foi encaminhado ao Congresso Nacional Brasileiro o PDRAE, formulado pelo Mare, na gestão do ministro Bresser Pereira¹⁸, considerado fundamental e necessário para solucionar a crise que tem a participação da iniciativa privada nas atribuições destinadas ao aparelho estatal e, com isso, reduziria as distorções impostas ao mercado e à sociedade. Nesse sentido, foi defendido que o Estado deveria ser um agente estimulador, coordenador e financiador de políticas públicas e deixaria de ser produtor dos serviços (REZENDE, 2008), ou seja, através do fundo público, seria um agente financiador para o capital.

Nessa proposta foram apresentados como metas os seguintes pontos (BRASIL, 1995), cuja implantação foi considerada inadiável :

1. Ajuste fiscal duradouro;
2. Reformas econômicas orientadas para o mercado, que, acompanhadas de uma política industrial e tecnológica, garantam a concorrência interna e criem as condições para o enfrentamento da competição internacional;
3. Reforma da previdência social;

¹⁸ O Plano Diretor da Reforma do Estado foi aprovado depois de ampla discussão pela Câmara da Reforma do Estado, em sua reunião de 21 de setembro de 1995. Em seguida, foi submetido ao Presidente da República, que o aprovou em novembro do mesmo ano.

4. Inovação dos instrumentos de política social, proporcionando maior abrangência e promovendo melhor qualidade para os serviços sociais; e
5. Reforma do aparelho do Estado, com vistas a aumentar sua “governança”, ou seja, sua capacidade de implementar, de forma eficiente, políticas públicas (p. 11).

Vários aspectos foram elencados para dar sustentação ao PDRAE e, entre eles, foram destacados: o ajuste fiscal, que iria devolver ao Estado a capacidade de definir e implementar políticas públicas; o abandono da estratégia protecionista pelo Estado e substituição de importações; implantação do programa de privatizações, que transferiria o processo da produção para o setor privado pela implantação de um programa de publicização, o qual permitiria ao setor público não estatal a produção dos serviços competitivos ou não exclusivos do Estado e estabeleceria um sistema de parceria com a sociedade para seu financiamento e controle.

Nesse sentido, a reforma do aparelho do Estado que visava introduzir essas modificações propôs dois tipos de projetos: os projetos básicos (Quadro 1) e os projetos adicionais (Quadro 2).

Quadro 1- Proposta de projetos básicos de reforma do aparelho do Estado

PROJETOS BÁSICOS	OBJETIVOS
Avaliação Estrutural	Estabelece o desenvolvimento das agências autônomas e das organizações sociais. Tem por objetivo analisar as missões dos órgãos e entidades governamentais, identificando superposições, inadequação de funções e possibilidades de descentralização, visando dotar o Estado de uma estrutura organizacional moderna e ágil e permeável à participação popular.
Agências Autônomas	Tem como objetivo a transformação de autarquias e de fundações que exerçam atividades exclusivas do Estado em agências autônomas voltadas para a modernização da gestão.
Organizações Sociais e Publicização	Representa a estratégia de transição para uma administração pública gerencial e prevê, ainda, na dimensão institucional-legal, a elaboração de projeto de lei que permita a “publicização” dos serviços não exclusivos do Estado, ou seja, sua transferência do setor estatal para o público não estatal, onde assumirão a forma de “organizações sociais”.

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 2 - Proposta de projetos adicionais da reforma do aparelho do Estado

PROJETOS ADICIONAIS	OBJETIVOS
Projeto Cidadão	Tem como objetivo aperfeiçoar as relações entre os órgãos da Administração Pública e os cidadãos, no âmbito de suas atribuições institucionais, atendendo à diretriz do Projeto de Reforma do Estado.
Indicadores de Desempenho	Define indicadores de desempenho quantitativos para as atividades exclusivas do Estado. Estes indicadores, somados mais adiante à definição de um orçamento global, serão a base para a celebração de contrato de gestão.
Qualidade e Participação	Objetiva a introdução de novos conceitos e técnicas de gestão pública, baseados no desempenho, na redução ao mínimo de erros e na participação dos funcionários na definição dos processos de trabalho.
Nova Política de Recursos Humanos	Objetiva preparar a nova administração pública que surgirá das reformas em curso pela profissionalização e pela valorização do servidor público treinado para esse novo modelo.
Valorização do Servidor para a Cidadania	Objetiva resgatar os talentos individuais e promover sinergia dos grupos e organizações que constituem a Administração Pública Federal, visando oferecer ao cidadão brasileiro serviços de melhor qualidade e maior atendimento às suas demandas.
Desenvolvimento de Recursos Humanos	Este projeto deverá ser implementado pelas diversas escolas de administração pública do Estado, como forma de viabilizar a estratégia de modernização da gestão pública. Tem como objetivo a formação e capacitação dos servidores públicos para o desenvolvimento de uma administração pública ágil e eficiente.
Revisão da Legislação Infraconstitucional	Busca a aprovação das emendas constitucionais que serão exigidas para definir uma série de leis complementares e ordinárias.
Rede do Governo	Visa ao provimento de uma moderna rede de comunicação de dados, interligando de forma segura e ágil a administração pública, permitindo o compartilhamento adequado das informações que contribuem para a transparência e eficiência na condução dos negócios do Estado.
Sistemas de Gestão Pública (Controle e Informações Gerenciais)	Seu objetivo é permitir a transparência na implementação das diversas ações do governo, possibilitando seu acompanhamento e avaliação, bem como a disponibilização das informações não privativas e não confidenciais do governo para a sociedade.

Fonte: Elaboração própria.

Com a finalidade de justificar a sua adoção, esse modelo gerencial tornou-se realidade no mundo desenvolvido por promover o aumento da qualidade e da eficiência dos serviços sociais oferecidos pelo setor público (BRASIL, 1995). Nessa perspectiva, essa reforma no Brasil significaria, fundamentalmente, conforme seus defensores, a introdução, na administração pública, de uma cultura e de técnicas gerenciais modernas voltadas para o uso eficaz e eficiente dos recursos.

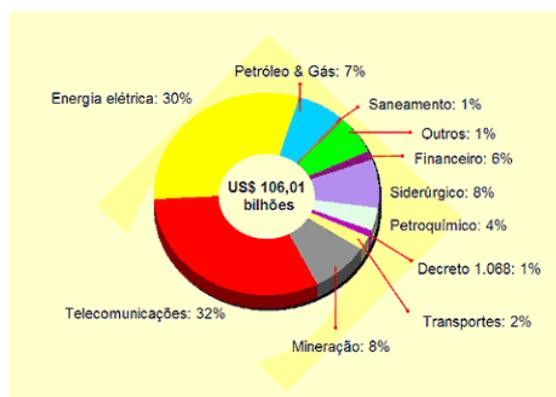
Na proposta de contrarreforma, dentre os vários aspectos elencados para dar sustentação, destacamos o programa de privatizações, que seguiu o receituário neoliberal, conforme demonstra a Tabela 1:

Tabela 1 - Resumo das privatizações no Brasil, 1990/2011(US\$ milhões)

PROGRAMAS	RECEITA DE VENDA/ VALOR DA OUTORGA	DÍVIDAS TRANSFERIDAS	RESULTADO TOTAL
Desestatizações federais	59.980,5	11.326,4	71.306,6
Empresas de telecomunicações	29.049,5	2.125,0	31.174,5
Privatizações	30.824,2	9.201,4	40.025,6
Concessões	106,5	-	106,5
Privatizações estaduais	27.948,8	6.750,2	34.699,0
Total	87.929,3	18.076,6	106.005,6

Fonte: BNDES¹⁹. Atualizado em 05/10/11. (2012)

O principal argumento utilizado para as privatizações dos serviços teve como base a insuficiência de recursos para investimento, causados pela crise do setor público, impondo-se a necessidade de atrair capital privado para atuar nas obras que estavam paralisadas quanto aos novos empreendimentos. Outro argumento foi que o Estado era ineficiente ao exercer atividade de natureza econômica; por ser um serviço essencial, esta atividade precisava ser universalizada e prestada com qualidade e a preços competitivos. Desta forma, utiliza-se principalmente do discurso para que seja garantida a participação do cidadão brasileiro no processo regulatório desses setores. No entanto, como demonstra a figura 1, as áreas privatizadas foram as que eram mais lucrativas para o Estado, ou seja, a privatização ocorreu para servir ao capital e não aos interesses do cidadão brasileiro. Através da privatização, a iniciativa privada se apropriou dos recursos do fundo público destinados a esses serviços, o que lhe permitiu obter os lucros desejados.

Figura 1 - Resumo das privatizações no Brasil, 1990/2011

Fonte: BNDES²⁰. Atualizado em 05/10/11.

¹⁹ Cf: http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/bndes/bndes_pt/Institucional/BNDES_Transparente/Privatizacao/resumo.html.

²⁰ Disponível em: http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/bndes/bndes_pt/Institucional/BNDES_Transparente/Privatizacao/resumo.html. Acesso em: 15/02/2013.

Nesses termos, para o Mare, o Estado poderia reduzir seu papel de executor ou prestador direto de serviços ao assumir o papel de regulador, provedor ou promotor dos serviços sociais como educação e saúde, áreas essenciais para o desenvolvimento da democracia, na medida em que envolvem investimento em capital humano e, ao mesmo tempo, promovem o bem-estar aos cidadãos. Isso permitiria uma distribuição de renda mais justa pois, pelo modelo atual, o mercado é incapaz de garantir isto pelo fato de a oferta ser inferior à demanda por mão de obra não especializada. Como promotor desses serviços, o Estado continuaria a subsidiar a iniciativa privada que aumentaria essa oferta e, ao mesmo tempo, teria o controle social direto e a participação da sociedade nas suas ações (BRASIL, 1995).

Embora o governo FHC tenha defendido as vantagens do modelo do receituário neoliberal, o que observamos é que a adoção dessa política macroeconômica de ajustes neoliberais gerou aumento da taxa de desemprego. Além disso, a alta taxa de juros praticada favoreceu apenas ao capital especulativo e ocasionou a queda do investimento produtivo, o que gerou um forte endividamento das empresas, principalmente as pequenas e médias, as quais não conseguiram pagar os empréstimos assumidos e fecharam as suas portas (BEHRING, 2008).

Outra grave consequência dos ajustes neoliberais foi o aumento da diferença entre os mais ricos e os mais pobres, ou seja, a ampliação da desigualdade social com o empobrecimento da população que, por sua vez, elevou a demanda por bens e serviços sociais públicos. Além do mais, a abertura comercial se desenvolveu a partir de uma maior competitividade na indústria, principalmente a alimentícia, responsável por nivelar os preços por cima e aumentar significativamente o custo de vida das famílias de renda mais baixa.

Dessa maneira, a política econômica reduziu a capacidade de financiamento do Estado e deixou o país subordinado aos especuladores do mercado financeiro, bem como executou cortes dos orçamentos dos diversos ministérios para gerar o superávit primário e posterior pagamento das dívidas interna e externa (GONÇALVES ; POMAR, 2002)

Outra importante questão desse processo de privatização foi a desnacionalização do parque industrial de base, que levou ao desaparecimento dos setores intermediários. Em outras palavras, esse processo de privatização não conseguiu diminuir as dívidas internas nem as externas, pelo contrário, aumentou e gerou mais custo para o Estado, por ter permitido a instalação de monopólios

internacionais, que aumentaram a remessa de lucros e dividendos para o país de origem.

Logo, a eficiência proposta pelo neoliberalismo não foi verificada porque a dívida pública não caiu, as tarifas e serviços públicos não tiveram a redução proposta, a qualidade dos serviços não melhorou, o controle das agências reguladoras tem sido frágil e ineficiente. Em função desse cenário, o Estado perdeu o poder de regulação, trazendo riscos e incertezas para a sociedade brasileira. Ao mesmo tempo, começaram a surgir diversos movimentos de resistência à contrarreforma, protagonizados por trabalhadores e suas organizações, ligados ao Partido dos Trabalhadores (PT) e à Central Única dos Trabalhadores (CUT), que impediram um avanço maior dessa implementação (ASSIS, 2006).

Com a chegada do PT ao governo, esperava-se uma modificação do cenário nacional. Mas, o que ocorreu foi a manutenção e, por vezes, o aprofundamento da adoção das políticas neoliberais, posto que a transformação pela qual o PT passou, levando em consideração suas tendências hegemônicas, deu continuidade a esse processo (COELHO, 2005).

Em face desse contexto, concordamos com Filgueiras *et al.* (2010) e Gonçalves (2010), quando expõem que algumas características dos governos do Presidente Luís Inácio Lula da Silva possibilitaram a continuação das políticas de ajuste estrutural típicas do neoliberalismo. Esse fato pode ser verificado com a continuação do processo de transformação econômica do país através da plataforma de valorização financeira internacional, a partir das altas taxas de juros básicos da economia, de liberalização do fluxo de capitais e de continuidade da privatização, que teve como marco inicial do governo a reforma da previdência e, posteriormente, a implantação de uma política social baseada nas políticas compensatórias de renda. Com base nessas políticas, ocorreram as inserções das parcerias público-privadas e as novas formas de privatização dos serviços públicos através das Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs) e da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

Gonçalves (2010) expôs a ideia de vários autores que analisaram de forma crítica os dois mandatos do ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva, e demonstrou que houve mudanças conjunturais, e não estruturais, quando se compara aos dois mandatos de FHC. As mudanças, através de indicadores econômicos, mostraram análises otimistas e promissoras, ao fazer uso de indicadores de vulnerabilidade

externa conjuntural, resultando em uma avaliação positiva da economia internacional para a nossa realidade. Por outro lado, foram demonstrados indicadores ruins em virtude da forma retrógrada e subordinada pela qual ocorreu a inserção internacional do país, com destaque para o processo de reprimarização da economia, sobretudo das exportações, de desindustrialização e de liberalização comercial e financeira (FILGUEIRAS *et al.*, 2010).

Concordamos com Behring (2008), quando afirma que, no Brasil, a contrarreforma do Estado foi de natureza regressiva, antinacional, antipopular e antidemocrática. Ressaltamos ainda que a adaptação do Estado à dinâmica própria do capitalismo contemporâneo foi destrutiva, pois não permitiu possibilidades de autonomia e fragilizou a consolidação dos direitos sociais conquistados na década de 80.

Segundo Salvador (2010a), a apropriação dos fundos públicos vinculados aos serviços sociais brasileiros patrocina a valorização do capital atrelado à dívida pública, pois as parcelas da arrecadação de receitas que deveriam ser utilizadas nas políticas sociais e que poderiam ampliar a sua abrangência foram retidas pelo orçamento fiscal da União e destinadas ao superávit primário, para cumprir os acordos junto ao FMI e ao BM e, principalmente, ao capital especulativo, capaz de sugar boa parte dos recursos do fundo público. No próximo item analisaremos a contrarreforma do Estado mediante a apropriação do fundo público, com a finalidade de financiar o capital em detrimento aos direitos sociais.

1.5 Contrarreforma do Estado: alocação do fundo público para o financiamento do capital

No início do século XX, visando superar a crise vivida pelo capital no Estado liberal e pela reivindicação dos movimentos sociais, diversas medidas foram adotadas, sendo a principal, a concessão de variados direitos aos trabalhadores financiados pelo Estado, o que permitiu a ampla criação de políticas sociais mediante os novos direitos incorporados à sociedade. Essas modificações ocorreram após a Segunda Guerra Mundial, fruto da mobilização da classe trabalhadora, bem como pela necessidade das demandas de reprodução do capital, face às crises que ocorreram nos países do capitalismo central. Esse processo foi denominado de *Welfare State*, momento vivenciado entre as décadas de 40 e 70, no

qual foi construído um amplo sistema de proteção social que possibilitou a melhoria das condições de vida aos trabalhadores por meio de políticas sociais financiadas pelo Estado.

Vale salientar que, para tornar possível a implementação de uma política de pleno emprego, de estabelecimento de salários e preços mínimos, de controle do sistema financeiro e de novos investimentos preconizados pelo keynesianismo, foi necessário, dentre outras ações, a constituição de um fundo público. A criação deste fundo público foi possível devido às divisas acumuladas pelo Estado capitalista, com a efetivação de créditos internacionais, a expansão da base monetária e os demais mecanismos de aumento do meio-circulante, pela mudança do perfil de arrecadação do próprio Estado, além da implantação de uma restritiva política de importações (HONORATO, 2008).

Para o processo de *Welfare State*, o papel dos recursos do fundo público foi de relevância na produção e regulação das condições econômicas e sociais e fundamental para a volta dos superlucros exigidos pelo capital. Os recursos crescentes utilizados para sua formação foram o pressuposto para o financiamento da acumulação do capital ao permitir a socialização dos custos com a reprodução da força de trabalho e, ao mesmo tempo, dar garantias à classe trabalhadora ao acesso a serviços sociais.

Na contemporaneidade, conforme Salvador (2012), o fundo público continua sendo um aliado para a execução das políticas macroeconômicas, principalmente para a acumulação produtiva, ou seja, ele tem papel relevante para a manutenção do capitalismo na esfera econômica e na garantia do contrato social, pelo fato de as políticas sociais garantirem a expansão do mercado de consumo e os recursos públicos financiarem as políticas anticíclicas nos períodos de retração da atividade econômica. Como exemplo, podemos citar o montante de US\$ 11 trilhões disponibilizados em 2009, pelos governos, por causa da crise econômica internacional de 2008, para evitar maiores prejuízos a bancos e empresas não financeiras, em vez deste montante ser disponibilizado para enfrentar as expressões das questões sociais.

Nesses termos, o BM, em 2014, anunciou a iniciativa de empréstimo de US\$ 15 bilhões para que empresas do setor privado investissem em obras de infraestrutura nos países em desenvolvimento, através do Fundo para a Infraestrutura Mundial (GIF), destinado a motivar bancos, fundos de pensões e

outros investidores institucionais a fornecer mais atenção às necessidades de infraestrutura dessas localidades. O GIF direcionou que deveriam existir associações entre os setores público e privado, conhecidas como Parcerias Público-Privadas (PPPs), para a realização dessas obras, pois as considera complexas.

O BM esperava ainda que o GIF funcionasse como um apoiador pelo qual os maiores investidores, junto com os especialistas da própria instituição, poderiam assessorar os governos sobre como estruturar projetos de infraestrutura para atrair investimentos para os países. Eles argumentam que o enorme déficit de infraestrutura atual constitui um “freio mundial” para lidar com a pobreza, pois um dos objetivos do BM seria procurar alternativas que viabilizem diminuí-la e os investimentos em infraestrutura poderiam ajudar nessa questão, pois tornariam o país mais desenvolvido pelo fato de possuir mais estrutura para atrair investimentos.

Em face das ideias expostas, concordamos com Behring (2010) quando coloca que, no capitalismo contemporâneo, o fundo público expressa maturidade e se mostra cheio de contradições, pelo fato de a produção e reprodução do valor exigir que o Estado se aproprie de uma parte significativa da mais valia socialmente produzida para assegurar as condições gerais de produção e reprodução do capital. Por outro lado, a autora acrescenta que, dentro desse processo, existe o desenvolvimento de políticas sociais que exigem a alocação do fundo público para sua execução. Além disso, essas políticas sofrem variações, dependendo da correlação de forças políticas e de elementos culturais em cada formação nacional.

Para Mészáros (2003), a formação do capitalismo seria impensável sem a utilização de recursos públicos que, por vezes, funcionam como uma acumulação primitiva em razão de o sistema do capital não conseguir sobreviver sem ter um forte apoio do Estado. Isto somente se torna possível apropriando valores crescentes da riqueza pública em geral ou, mais especificamente, os recursos públicos que tomam a forma estatal nas economias e sociedades capitalistas.

Segundo Salvador (2010a), o fundo público está presente na reprodução do capital nas seguintes formas:

- a) Como fonte importante para a realização do investimento capitalista. No capitalismo contemporâneo, o fundo público comparece por meio de subsídios, de desonerações tributárias, por incentivos fiscais, por redução da base tributária da renda do capital como base de financiamento integral ou parcial dos meios de produção, que viabilizam a reprodução do capital.

- b) Como fonte que viabiliza a reprodução da força de trabalho, por meio de salários indiretos, reduzindo o custo do capitalista na sua aquisição.
- c) Por meio das funções indiretas do Estado, que no capitalismo atual garante vultosos recursos do orçamento para investimentos em meios de transporte e infraestrutura, nos gastos com investigação e pesquisa, além dos subsídios e renúncias fiscais para as empresas.
- d) No capitalismo contemporâneo, o fundo público é responsável por uma transferência de recursos sob a forma de juros e amortização da dívida pública para o capital financeiro, em especial para as classes dos rentistas (p. 622).

Atualmente, com a financeirização da riqueza, os mercados financeiros disputam cada vez mais os recursos do fundo público, pressionando pelo aumento das despesas financeiras do orçamento estatal, através da remuneração dos títulos públicos emitidos e negociados no mercado financeiro, que são uma importante fonte de rendimentos para os investidores institucionais. Com isso, ocorre um aumento da transferência de verbas do erário para o pagamento de juros da dívida pública, que eleva os rendimentos dos rentistas. Aliados a isso, encontram-se os incentivos fiscais e as isenções de tributos para o mercado financeiro à custa do fundo público.

Nesse contexto de financeirização, uma parte do fundo público é disponibilizada para a remuneração do capital portador de juros, através do capital fictício, que representa uma forma exacerbada do fetiche do capital portador de juros e que tem, na dívida pública, sua principal forma de atuação e valorização (MENDES, 2014).

Conforme visto nos anos dourados do capitalismo, o fundo público exerceu uma função ativa nas políticas macroeconômicas e na construção do Estado social, e foi essencial na acumulação produtiva, bem como nas políticas sociais representadas pela Seguridade Social. Ele demonstrou a capacidade de mobilização de recursos que o Estado possuía para intervir na economia, através das empresas públicas, e usada nas políticas monetárias e fiscais. Uma das principais formas de gerar fundo público foi por meio de impostos, contribuições e taxas. Conforme Behring (2010), o fundo público é parte do trabalho excedente que se transformou em lucro, juros ou renda da terra, sendo apropriado pelo Estado para o desempenho de múltiplas funções.

No Brasil, a parte mais visível do fundo público é o orçamento público federal, em que os recursos são expressos na Lei Orçamentária Anual (LOA) aprovada pelo Congresso Nacional (BRASIL, 2012b). A LOA de 2012 mostrou que os valores do

fundo público brasileiro foram de R\$ 2,257 trilhões. Desse orçamento, R\$ 655,49 bilhões serviram ao refinanciamento da dívida pública. Logo, o Orçamento Geral da União, retirando o refinanciamento, alcançou o montante de R\$ 1,6 trilhão. Desse montante, R\$ 535,79 bilhões destinaram-se às políticas da Seguridade Social. Do total de R\$ 1.464,99 bilhões dos orçamentos fiscal e da Seguridade Social, R\$ 365,45 bilhões foram destinados ao pagamento de juros e amortização da dívida pública, ou seja, 25% do orçamento público brasileiro foi comprometido com a esfera financeira da economia (SALVADOR, 2012).

Para o ano de 2014, segundo o Andes²¹ (Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior), o governo federal previu a destinação de apenas 3,31% do valor total do Orçamento Anual de 2014 para a Educação e 4% (R\$ 100,3 bilhões) para a Saúde. Para pagamento de juros e amortizações da dívida pública, o Projeto de Lei Orçamentária Anual (Ploa), aprovado destinou 42% (R\$ 1,003 trilhão) do total de R\$ 2,48 trilhões.

O Ploa para 2015 prevê um total de despesas de R\$ 2,863 trilhões, das quais R\$ 1,356 trilhão (47%) destinam-se ao pagamento de juros e amortizações da dívida pública (PLOA, 2015)²².

Em face disto, é importante entender os recursos do fundo público disponibilizados pelo orçamento para compreendermos a política social, pois sua alocação reflete a correlação de forças sociais e os interesses dos envolvidos na apropriação dos recursos públicos, bem como a definição de quem vai arcar com o ônus do financiamento dos gastos orçamentários.

Nesses termos, concordamos com Oliveira (2009) no argumento de que o orçamento serve para orientar as negociações da participação dos membros da sociedade no tocante ao financiamento do Estado, utilizado como instrumento de controle e direcionamento dos gastos. O mesmo autor ressalta que a decisão sobre os objetivos dos gastos do Estado e a fonte dos recursos para financiá-lo não é somente econômica, mas principalmente baseada em escolhas políticas entre as forças sociais e grupos políticos atuantes na sociedade. Os gastos orçamentários definem a direção e a forma de ação do Estado nas suas prioridades de políticas

²¹ Disponível em: <http://www.andes.org.br/andes/print-ultimas-noticias.andes?id=6538>, acesso em: 22/08/2014.

²² Disponível em: http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/sof/PLOA2015/Volume_I_Ploa_2015.pdf Acesso em: 26/09/2014.

públicas. Por isso, a escolha do programa a ser implementado e os objetivos da política econômica e social refletem os interesses das classes, envolvendo negociações de seus representantes políticos, e o orçamento simboliza a expressão das suas reivindicações.

Salvador (2010b) assevera que a Constituição Federal (CF) de 1988 contemplou alguns avanços relacionados aos direitos da cidadania, sobretudo os direitos trabalhistas e sindicais, as políticas de previdência, assistência social e saúde, as quais iriam compor a Seguridade Social, os direitos educacionais, entre outros. O autor ainda afirma que, para a efetivação dessas conquistas, deveria existir um aporte prioritário e considerável de recursos no orçamento público, além da elaboração de um conjunto de legislações complementares. Contudo, a ideologia neoliberal, a partir da década de 90 frustrou essa expectativa, ao se utilizar do predomínio da contrarreforma do Estado.

No caso do Brasil, o fundo público direcionado para o orçamento público é financiado pela classe trabalhadora através de impostos sobre seus salários e por meio de tributos indiretos, apropriados pelos mais ricos, via transferência de recursos para o mercado financeiro e para a acumulação de capital pela alocação desse fundo público.

Consideramos que, a partir do governo do ex-presidente Fernando Henrique Cardoso ocorreu uma concentração de renda pelo financiamento do orçamento público e entendemos ainda que essa situação permaneceu inalterada no governo do ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva. Um exemplo disso foi o projeto de "reforma tributária" que se encontra na Câmara dos Deputados e não altera a regressividade do sistema tributário, além de acabar com as fontes exclusivas de financiamento das políticas sociais, pois altera a vinculação das fontes de financiamento exclusivas das políticas da seguridade social (previdência, saúde e assistência social), educação e trabalho, em face da extinção de quatro tributos federais (Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social - Cofins; Contribuição para o Programa de Integração Social - PIS; Contribuição de Intervenção no Domínio Econômico, incidente sobre a importação e a comercialização de combustíveis - Cide; e a Contribuição Social do Salário-Educação) (SALVADOR, 2012).

Na tributação sobre a renda, nem todos os rendimentos tributáveis de pessoas físicas, obrigatoriamente, seguem a tabela progressiva²³ do Imposto de Renda (IR) em que são sujeitos ao ajuste anual de sua declaração. Enquanto a tributação dos salários obedece às quatro alíquotas estabelecidas na legislação (7,5%; 15%; 22,5% e 27,5%), os rendimentos baseados em renda fundiária variam de 0,03% a 20% (conforme o grau de utilização da terra e área total do imóvel); os rendimentos de aplicações financeiras têm alíquotas que variam entre 0,01% e 22,5%, (conforme o prazo e o tipo de aplicação). O que mostra uma situação de maior tributação sobre as rendas derivadas do trabalho, no capitalismo brasileiro do século XXI (SALVADOR, 2010a).

Fica evidente que, na tentativa de se apropriar dos recursos destinados às políticas voltadas aos serviços sociais, em face dos projetos em disputa, o capitalismo vem progressivamente se apropriando de uma parte, cada vez maior, do fundo público, a partir da vinculação dos recursos destinados às áreas sociais e, contraditoriamente, reduz os direitos e a expansão das políticas nesse setor.

Rocha (2004) esclarece que os fundos públicos tiveram sua origem entre o final do período ditatorial e o início do processo constituinte para aprovação de uma legislação que procurasse fazer a ampliação dos direitos sociais que necessitavam de recursos financeiros para sua implementação. Em face disso, o modelo proposto foi um que possuísse conselhos de composição paritária entre os representantes governamentais e não governamentais para acompanhar e fiscalizar as políticas públicas, pois ao criar um fundo específico seria necessária a vinculação de receitas para a execução de determinados programas de governo.

Segundo Salvador (2012), atualmente, as principais vinculações existentes na Constituição Federal são:

- a) aplicação de, no mínimo, 18% das receitas dos impostos para a manutenção e o desenvolvimento do ensino;
- b) as contribuições sociais elencadas no art. 195, que são exclusivas para o financiamento do orçamento da seguridade social;
- c) o gasto mínimo em ações e serviços públicos de saúde, corrigidos anualmente pela variação nominal do PIB (EC 29);
- d) recursos aos Estados e municípios, por meio do Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal (FPE) e do Fundo de Participação dos Municípios (FPM);

²³ Referente aos valores da tabela mensal do Imposto sobre a renda que as pessoas físicas devem repassar ao Estado, conforme consta na lei 13.149, de 21 de julho de 2015. Ou seja, quanto maior a renda, maior deve ser o valor de contribuição referente ao imposto a ser pago.

- e) 60% da Contribuição PIS/Pasep são destinadas ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) para custear o seguro-desemprego, o abono salarial e programas como treinamento e requalificação da mão de obra e 40% são repassadas ao BNDES, para financiar programas de desenvolvimento econômico;
- f) a Contribuição de Intervenção no Domínio Econômico (Cide) é destinada ao custeio de programas de infraestrutura. (p.13).

A vinculação orçamentária destinada às políticas sociais de forma específica tem a finalidade de assegurar os gastos mínimos em saúde e educação no âmbito dos Estados e dos municípios.

Para Arretche (2010), na gestão de ações no campo social existem dois tipos de políticas descentralizadas: a) reguladas, em que a legislação e a supervisão federal colocam limites na autonomia decisória dos governos subnacionais que asseguram gastos orçamentários obrigatórios em determinadas políticas sociais; b) não reguladas, aquelas em que a execução das políticas sociais está associada à autonomia das decisões dos governos locais.

A legislação pós-constituição define que, no mínimo, 40% das receitas municipais devem ser alocadas nas áreas de saúde e educação, sendo 25% para a educação e 15% para a saúde, respectivamente. Enquanto as políticas não reguladas, ou seja, sem a vinculação de gastos e receitas, são definidas como aquelas relacionadas ao desenvolvimento urbano (habitação e saneamento), dependem da vontade do governante na alocação orçamentária e não são políticas nem universais e nem regulares (ARRETCHE, 2010).

Na visão de Salvador (2012), as despesas vinculadas são importantes para garantir direitos, contudo, nem sempre essa garantia de vinculação significa que os gastos são feitos de forma a permitir uma justiça social e a expansão dos benefícios e serviços de forma universal, a fim de erradicar as desigualdades sociais. O autor cita, como exemplo, a execução do orçamento da seguridade social no período de 2004 a 2009, em que seus recursos exclusivos financiaram outras 24 funções orçamentárias²⁴, além das funções referentes, especificamente, à seguridade social (previdência, assistência social e saúde).

Segundo o autor, do total de R\$ 436,22 bilhões do orçamento da seguridade social, R\$ 46,80 bilhões (10,73%) não foram aplicados nas funções de assistência, previdência e saúde. A maior parte dos recursos (60,37%) foi executada na função

²⁴ Para consultar a lista completa das outras funções acesse <http://www.cress-sc.org.br/img/noticias/Nota%20T%C3%A9cnica%20Fundos%20P%C3%BAblicos.pdf>

trabalho e destinada ao pagamento do benefício do seguro-desemprego (SALVADOR, 2010a). Não obstante, para o autor, outra parcela expressiva da verba (R\$ 18,5 bilhões), liquidada nas demais funções, refere-se ao pagamento de assistência médica e odontológica aos servidores, empregados e seus dependentes, o que contraria a diretriz constitucional de universalidade da saúde, e deveria ser paga com recursos fiscais.

Além disso, Salvador (2010a) afirma que, em 2009, a Desvinculação das Receitas da União (DRU)²⁵ se apropriou de R\$ 39,1 bilhões das políticas de seguridade social para acumulação de capital, por meio do orçamento fiscal. Desde a entrada em vigor da DRU, em 2000, foram transferidos da Seguridade Social mais de R\$ 300 bilhões. No ano de 2014, segundo o Ploa²⁶, a DRU foi de R\$ 163,7 bilhões, e, comparando com o ano de 2009 (em R\$), houve um aumento de mais de 400% da apropriação do fundo público que deveria ser utilizado nas políticas sociais.

No ano de 2010, segundo o Balanço Geral da União, as despesas com pessoal e encargos sociais e as transferências constitucionais foram de R\$ 339,87 bilhões de reais, representando 23% das despesas totais, enquanto os gastos com juros, encargos, amortizações e refinanciamento da dívida pública totalizaram 536,46 bilhões, ou seja, mais de 40% dos gastos com juros: quase o dobro dos gastos com as políticas sociais.

Conforme afirma Iamamoto (2008), a dívida pública se transforma na principal fonte de poder dos fundos de investimento e sobrecarrega o capital fictício, remunerado a altas taxas de juros, sempre superiores ao crescimento da economia. No caso brasileiro, os fundos de investimentos que compram os títulos públicos se supervalorizam e, ao mesmo tempo, aumentam o endividamento público.

²⁵ Criada em 1994 com o nome de Fundo Social de Emergência (FSE), essa desvinculação foi instituída para estabilizar a economia logo após o Plano Real. Na época, as parcelas transferidas para estados e municípios não eram excluídas do cálculo, o que passou a ocorrer a partir de 2000, quando foi adotado o nome de DRU. Os recursos obtidos com a desvinculação ajudam o governo federal a atingir a meta de superávit primário, permitindo o manejo de recursos para despesas como o pagamento de juros da dívida pública, que não são vinculadas por lei às receitas. De 2007 a 2010, a DRU desvinculou R\$ 195,3 bilhões, uma média anual de R\$ 48,8 bilhões.

²⁶ Disponível em: http://www.camara.gov.br/internet/comissao/index/mista/orca/orcamento/OR2014/info_complem/vol2/10_IncisoX.pdf Acesso em: 26/09/2014.

Atualmente, os credores²⁷ da dívida pública brasileira são os bancos, os fundos de pensão²⁸ e os fundos mútuos de investimento²⁹ que aplicam em torno de um terço das suas carteiras em títulos da dívida pública. Uma parte dos recursos sociais advindos dos impostos e contribuições nesse segmento é destinada a esses fundos. A remuneração dos credores da dívida pública é feita à custa do desmantelamento das conquistas sociais representadas pelo desfinanciamento das políticas sociais.

No caso específico da Saúde, os fundos públicos foram criados através da Lei Orgânica da Saúde (LOS), composta pelas Leis nº 8.080/90 e 8.142/90. A primeira cria os Fundos de Saúde em cada esfera de governo, representados pelo Fundo Nacional, os Fundos Estaduais e os Fundos Municipais, que têm a finalidade de criar uma conta específica para os recursos da saúde e dificultar o uso dos recursos desses fundos em programas e ações não pertencentes a essa área. Mas, para haver as transferências entre as esferas de governo, é obrigatória a existência de Fundos de Saúde nos diferentes poderes: atualmente, a administração Federal entra com 65% do financiamento e os outros 35% são divididos entre Estados e Municípios. A segunda lei cria os conselhos e as conferências de saúde para servir de instrumentos de controle social através da participação de diversos setores da sociedade, e que, juntamente com o governo, fariam o acompanhamento e a definição de políticas públicas de saúde.

O Fundo Nacional de Saúde (FNS) deve financiar os recursos para a execução, implementação de programas e projetos do SUS, e a gestão dessa verba deve seguir o que foi planejado no Plano Plurianual (PPA), na Lei de Diretrizes

²⁷ Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2011/02/bancos-e-fundos-de-investimentos-detem-maior-parte-da-divida-publica>. Acesso em: 04/08/2015.

²⁸ Os fundos de pensão são entidades fechadas de previdência, organizados por empresas ou grupos de empresas, com o objetivo de realizar investimentos para garantir uma complementação da aposentadoria aos empregados que aderirem ao plano. O dinheiro investido forma um patrimônio que é aplicado em imóveis, ações e renda fixa, dentro de limites estabelecidos pelo Banco Central.

²⁹ Os fundos mútuos de investimentos oferecem oportunidades para diversos investidores, que compartilham objetivos de investimento semelhantes, de associarem seu dinheiro e tê-lo investido e gerido por gestores de investimento profissionais. Um fundo pode estar investido em ações, títulos e instrumentos financeiros com alta liquidez. Os gestores de carteira selecionam e administram os ativos nos quais o fundo esteja posicionado, e os investidores partilham dos rendimentos, despesas, e de qualquer ganho ou perda que o fundo incorra nesses investimentos, na proporção das suas cotas.

Orçamentárias (LDO) e na LOA, sendo alocadas: a) nas despesas de custeio e de capital do MS, nos seus órgãos e entidades da administração direta e indireta; b) investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do poder legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional; c) investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde; d) cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos municípios, Estados e Distrito Federal (SALVADOR, 2010a).

Segundo Salvador (2010a), mesmo havendo as leis que regulamentam o Fundo Nacional de Saúde, a partir de 1990 se torna evidente a incapacidade do governo, de cunho neoliberal, de ampliar o atendimento público nesse setor. Além disso, o que deveria ser complementar se tornou o principal, pois a maior parte dos leitos disponíveis no SUS está no setor privado. Em levantamento realizado acerca das despesas dos municípios de 2002 a 2007, foi verificado o percentual médio de 27% dos gastos municipais com serviços executados por Pessoa Jurídica. Em relação aos Estados, o percentual de despesas com serviços de terceiros representou 25% dos gastos com saúde.

Dessa forma, pactuamos com Salvador (2010a), quando argumenta ser importante rever as várias apropriações de recursos do fundo público, direcionados para o setor privado de saúde, pois esses debilitam o SUS como política pública universal na oferta de serviços e ações nesse campo. Embora o Estado tenha o dever de fornecer saúde pública gratuita para sua população, contraditoriamente, há uma forte presença da rede privada com e sem fins lucrativos executando esses serviços. Conforme assevera Behring (2008), o Estado procura seguir as diretrizes da contrarreforma e, por isso, reserva para o setor de saúde o chamado núcleo de serviços não exclusivos, no qual as organizações públicas não estatais e privadas celebram um contrato de gestão, alterando a natureza da relação do Estado com a área social.

Em face disto, argumentamos que o desmonte da Seguridade Social traz ao capital novos nichos de investimento que permitem a superacumulação típica do sistema capitalista. A Saúde, a Previdência e a Assistência Social são vistas como espaços emergentes que permitem essa acumulação. Isso só foi possível mediante as realizações da contrarreforma das políticas sociais, que não permitiram executar o seu processo de universalização no âmbito da seguridade. Além disso, diminuíram consideravelmente os direitos legalmente conquistados, pois criou-se os programas

de transferência de renda que, segundo Filgueiras e Gonçalves (2007), foram as estratégias adotadas para as políticas sociais que serviram às políticas econômicas com foco voltado apenas para o superávit fiscal primário.

Nesses termos, concordamos com Behring (2008), quando afirma que a lógica do capitalismo contemporâneo acaba com os padrões universalistas e redistributivos de proteção social por causa da inserção de estratégias que permitem a extração de superlucros, cujos mecanismos se apoiam na flexibilização do trabalho como forma de diminuir os encargos sociais e previdenciários; na supercapitalização, que mercantiliza os serviços públicos; e no rompimento com o pacto social dos anos de crescimento. A tendência observada é a redução de direitos sob o argumento de crise fiscal que transforma as políticas sociais em ações pontuais e compensatórias.

Assim, verificamos que as diversas estratégias adotadas para a apropriação do fundo público por parte do capital e, principalmente, no caso da saúde, ocorrem na ampliação da atuação da iniciativa privada, através dos planos de saúde, e na mudança de atividades administradas e financiadas pelo Estado para as OSs como forma de acesso ao orçamento do fundo público.

Argumentamos que o fundo público participa indiretamente da reprodução do capital por meio de subsídios, negociação de títulos e garantias de condições de financiamento dos investimentos dos capitalistas, bem como do elemento presente e importante na reprodução da força de trabalho, que é a única fonte de criação de valor na sociedade capitalista.

CAPÍTULO 2 - O FUNDO PÚBLICO E A CONTRARREFORMA DA SAÚDE

Neste capítulo analisamos o orçamento das políticas públicas composto no Fundo Público (FP). Atualmente, o FP é utilizado para a execução das políticas macroeconômicas, principalmente, servindo para a acumulação produtiva através da sua distribuição. Em seguida, tratamos do projeto de reforma sanitária e a contrarreforma³⁰ do setor público de saúde na qual consideramos as OSs como uma estratégia adotada para a alocação dos recursos dos fundos públicos da saúde para o setor privado.

2.1 Orçamento das políticas sociais no Brasil

Nas últimas décadas do século XX, as políticas sociais passaram por profundas transformações provocadas pela modificação do capital sob a hegemonia das finanças em decorrência da estagnação do desenvolvimento, iniciada nos anos 1970, que desencadeou novas formas de implementação de serviços estatais. A crise do capital ocasionou o aumento do desemprego, as altas taxas de inflação e a queda do comércio mundial. Em face disto, ficou evidente o interesse sobre as instituições, serviços, modelos, planejamento, monitoramento e avaliação das políticas sociais que recebiam recursos para o seu funcionamento. Outros elementos também ganharam destaque, como a redução do orçamento da área social para responder à agenda de contenção estatal, proposta para a maioria dos países, em especial, os periféricos³¹.

Outra importante transformação foi a substituição das políticas keynesianas do pós-guerra por políticas restritivas exigidas e realizadas pelo ajuste fiscal nos países capitalistas centrais. Essas mudanças implicaram a alocação de orçamentos,

³⁰Segundo Coutinho (2012, p.122), “a palavra ‘reforma’ foi sempre organicamente ligada às lutas dos subalternos para transformar a sociedade e, por conseguinte, assumiu na linguagem política uma conotação claramente progressista e até mesmo de esquerda. O neoliberalismo busca assim utilizar a seu favor a aura de simpatia que envolve a ideia de “reforma”. É por isso que as medidas por ele propostas e implementadas são mistificatoriamente apresentadas como ‘reformas’, isto é, como algo progressista em face do ‘estatismo’, que, tanto em sua versão comunista como naquela socialdemocrata, seria agora inevitavelmente condenado à lixeira da história”.

³¹Ressalta-se que estas transformações passaram a ser implementadas nos países da América Latina, a partir dos anos 1980.

com o interesse no equilíbrio entre a receita e a despesa e, para obter êxito, foram feitas diversas restrições à intervenção do Estado na economia e no mercado.

Dessa forma, a execução das políticas sociais tornou-se foco de interesse do capital com a finalidade de fazer a apropriação do orçamento³² disponibilizado, como resposta às necessidades de lucro do Estado capitalista. Logo, o orçamento público³³ torna-se o instrumento de planejamento e execução das finanças, ligado à previsão das receitas e fixação das despesas públicas, ou seja, é o documento que contém a previsão de receitas e despesas de um governo durante um determinado exercício (MONTEIRO, 2004).

Conforme argumenta Gonçalves (2010), foi a partir da teoria keynesiana que ocorreu a ruptura da ideia de um orçamento neutro e foi ampliado o papel do Estado na sociedade e na economia, pelo aumento de tributos e criação de outras receitas orçamentárias. A atividade financeira estatal pôde orientar-se para influenciar a conjuntura econômica, sobrepondo-se à iniciativa privada. Com essa modificação no campo econômico, o orçamento passou a ser utilizado para combater as crises do sistema capitalista e, principalmente, procurar resolver o problema da falta de emprego.

Nesse sentido, o orçamento deixou de ser mero documento financeiro ou contábil e passou a ser o instrumento de ação utilizado amplamente pelo Estado, que assumiu a função de interventor na área econômica perante a sociedade, interferindo e dirigindo todos os seus rumos (BALEIRO, 2002).

Assim, os governos contemporâneos não se limitaram a planejar a administração pública, mas passaram a planejar a economia, ao colocá-la como centro de sua política. Isso fez o governo abandonar a perspectiva puramente política do orçamento, que servia para as despesas governamentais, para exercer a

³² A origem do orçamento advém do período de transição do Mercantilismo para o Liberalismo. Inicialmente, o orçamento vinculou-se às reivindicações da burguesia, que buscava a limitação dos poderes do Soberano que, durante o Absolutismo, era visto como fonte de poder absoluto, divino, acarretando que a vontade do rei se confundia com o próprio ordenamento normativo. As origens históricas do orçamento lhe conferem as características sociais, políticas e econômicas existentes na Idade Média, que definiam e contextualizavam o seu aspecto financeiro.

³³ Atualmente, o orçamento se apresenta como um método utilizado pela Administração para coordenar as despesas e receitas públicas, imprimindo-lhe organização e possibilitando um panorama geral dos negócios públicos, bem como a avaliação e a correção do emprego dos recursos públicos. No campo econômico, o orçamento foi utilizado para combater as crises do sistema capitalista e, principalmente, o problema da falta de empregos.

função de controlar o planejamento econômico, que recaiu sobre todos os setores que fazem parte da economia.

Nesses termos, a introdução de modelos de gestão para as políticas públicas foi uma alternativa encontrada pelos países centrais que permitiu implementar padrões mistos de parcerias público e privada com menor participação social. Essas ideias foram impulsionadas pelas propostas dos organismos multilaterais que alteraram ou financiaram a criação de leis para tal finalidade, com o apoio de partidos políticos, lobistas, grupos sociais e/ou de interesses, os quais ajudaram a formular, acompanhar e executar as políticas sociais. Ressalta-se que, nessa perspectiva, a lógica foi desenvolver modelos de gestão pública nos quais se delegasse a responsabilidade de gerenciamento, principalmente com recursos do fundo público, para as organizações não governamentais (SALVADOR, 2010a).

No caso do Brasil, mesmo tendo na Constituição Federal e nas legislações os princípios da universalidade e unidade orçamentária, o que realmente aconteceu, até a metade da década de 80, foi que parcelas consideráveis dos gastos da União não passavam pelo Orçamento Geral da União (OGU). O orçamento discutido e aprovado, pelo Congresso Nacional, não incluía os encargos da dívida mobiliária federal, os gastos com subsídios e praticamente a totalidade das operações de crédito de responsabilidade do tesouro, como fundos e programas (GONÇALVES, 2010).

Tais despesas foram realizadas autonomamente pelo Banco Central (Bacen) e Banco do Brasil (BB), por intermédio do denominado Orçamento Monetário (OM). Ainda existia o Orçamento Sest³⁴ (Secretaria de Controle de Empresas Estatais), que consistia no orçamento de investimento das empresas estatais (empresas públicas, sociedades de economia mista, suas subsidiárias e controladas direta ou indiretamente pela União). Todos estes documentos eram aprovados, exclusivamente, pelo Presidente da República (GUARDIA, 1993).

Somente a partir de 1984, com a gradativa inclusão no OGU do Orçamento Monetário, e com a extinção da Conta-movimento do Banco do Brasil e de outras

³⁴O controle do governo era caracterizado por uma perspectiva financeira e orçamentária. Essa ênfase foi consequência dos esforços para combater a inflação e, nesse contexto, o governo criou a Secretaria de Controle das Empresas Estatais – Sest, em outubro de 1979, subordinada à Secretaria de Planejamento da Presidência da República - Seplan. Os Ministérios Setoriais atuavam somente como autoridades secundárias, dando suporte às funções da Sest.

medidas administrativas foi que se deu efetividade aos princípios da unidade e da universalidade orçamentária finalizadas na CF de 1988, que incluiu os investimentos das empresas estatais nas quais a União, direta ou indiretamente, possuía a maioria do capital com direito a voto, embora fossem excluídos os gastos relativos à manutenção dessas entidades. Assim, com a CF/88, as receitas do orçamento público passaram a ser providas pelos tributos arrecadados e definidos pelo Poder Executivo, conforme está disposto nos artigos 145 a 162, referentes à definição dos tributos Federais, Estaduais e Municipais (GONÇALVES, 2010).

Atualmente, o orçamento público demonstra a relação político-econômica entre os governos e a sociedade. Nessa perspectiva, o federalismo fiscal se refere à relação entre níveis de governo com divisão de poder, que são pactuados para permitir a divisão dos recursos, realizada através de transferências constitucionais e processos de descentralização fundo a fundo. Além disso, o orçamento público deve buscar o equilíbrio entre os poderes executivo, legislativo e judiciário (DAIN, 2009).

Lembramos que, a partir da Lei nº 4.320/1964 e da Lei Complementar nº 101/2000, o Orçamento Público (OP) recebeu o status de orçamento-programa, integrado aos sistemas de contabilidade pública. Para o direito administrativo, ele é o ato administrativo pelo qual o poder legislativo autoriza o poder executivo a realizar determinada despesa pública destinada a cobrir seus custos ou permitir a execução da sua política econômica.

De acordo com Core (2007), o processo orçamentário brasileiro sofreu forte influência internacional por causa da crise do capital dos anos 1970, que pressionou os governos a ter uma administração pública enxuta, mais efetiva e eficiente. Em função disso, foi necessário proceder à reforma do aparelho do Estado para o modelo gerencial, com a finalidade de substituir o modelo burocrático, segundo defendiam os organismos internacionais.

Segundo Sanches (2007), essa influência introduziu na CF de 1988 várias mudanças nas regras do orçamento público, por exemplo, a obrigatoriedade de elaborar o PPA a partir de um planejamento de médio prazo, e criou-se a LOA, para ações de curto prazo, que deviam ter como base as metas e prioridades estabelecidas na LDO³⁵.

³⁵ Uma das principais funções da LDO é estabelecer parâmetros necessários à alocação dos recursos no orçamento anual, de forma a garantir, dentro do possível, a realização das metas e

No ano 2000, a reforma orçamentária teve vários pontos-chave para sua implementação, como a busca pela integração entre planejamento e orçamento; a gestão participativa; a transparência e o controle social; a adoção de visão estratégica; a avaliação de resultados e a definição de produtos e metas associados aos objetivos dos programas. Mas, ocorreram diversas mudanças com finalidades puramente gerenciais no processo orçamentário, principalmente no processo de elaboração do PPA e da LOA (GARCIA, 2000).

Oliveira (2009) afirma que, mediante as correlações de forças existentes, o orçamento serviu para orientar as negociações da participação dos membros da sociedade com relação ao financiamento do Estado e foi utilizado como instrumento de controle e direcionamento dos gastos. O autor ainda ressalta que as decisões sobre os objetivos dos gastos do Estado e a fonte dos recursos para financiá-los não foram somente econômicas, mas principalmente escolhas políticas, resultantes das disputas de diversas forças sociais, em que cada uma procurou defender os seus interesses.

No Brasil, o fundo público, particularmente para o orçamento público, é financiado pela classe trabalhadora através de impostos sobre o salário e por meio de tributos indiretos. Acontece que esse fundo é apropriado pelos mais ricos, via transferência de recursos para o mercado financeiro e para a acumulação de capital.

Segundo Salvador (2012), a arrecadação tributária de 2009 alcançou 35,39% do PIB), isto é, R\$ 1,04 trilhão. Para o autor, a incidência econômica dos tributos (consumo, patrimônio e renda) revelou que:

- a) Do montante de R\$ 1,04 trilhão arrecadados, a maior parte dos tributos tem como base de incidência o consumo, totalizando R\$ 569,93 bilhões, equivalentes a 54,90% da arrecadação tributária das três esferas de governo;
- b) Quando se agrega a tributação incidente sobre o consumo com aquelas imputadas sobre a renda dos trabalhadores, fica revelado que o Estado brasileiro é financiado pelos trabalhadores assalariados e pelas classes de menor poder aquisitivo, responsáveis por 65,58% das receitas arrecadadas pela União, Estados, Distrito Federal e municípios;
- c) Quando se compara os impostos e contribuições incidentes sobre os lucros, os bancos, os impostos e as contribuições calculadas em cima da renda dos trabalhadores, observa-se que, enquanto as entidades financeiras pagaram R\$ 22,64 bilhões em Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) e Imposto de Renda Pessoa Jurídica (IRPJ), os

objetivos contemplados no PPA. É papel da LDO ajustar as ações de governo, previstas no PPA, às reais possibilidades de caixa do Tesouro Nacional, e selecionar, dentre os programas incluídos no PPA, aqueles que terão prioridade na execução do orçamento subsequente.

- trabalhadores pagaram quase cinco vezes mais tributos diretos que os bancos (R\$ 110,86 bilhões);
- d) A carga tributária sobre patrimônio tem participação irrisória sobre o montante de tributos arrecadados, 3,72%, ou 1,23% do PIB (SALVADOR, 2012, p. 11).

Além disso, a Cofins foi responsável por mais de 77% do orçamento da Assistência Social no período de 2001 a 2011. Esse tributo deveria atender aos programas sociais do governo e teve sua incidência sobre a receita e o faturamento das empresas. Um ponto a ser considerado é que o valor do tributo é transferido para os preços de bens e serviços, ou seja, a política de assistência social é financiada pelos próprios beneficiários, pois eles pagam o seu valor quando adquirem produtos ou serviços, o que confere um caráter regressivo ao tributo (SALVADOR, 2012).

No orçamento da Previdência Social, a principal fonte de financiamento é a Contribuição dos Empregadores e Trabalhadores para a Seguridade Social (CETSS), que tem sua incidência sobre a folha de pagamento, na qual 2/3 do seu montante vêm da contribuição dos empregadores e 1/3 dos empregados. Excluindo-se do cálculo as outras contribuições previdenciárias, em 2011, 66% do financiamento veio desta contribuição. Da mesma forma, o valor da Cofins³⁶ é repassado pelos empregadores aos preços dos bens e serviços vendidos e pode ser considerado como um tributo sobre o consumo.

Em relação ao orçamento da política de saúde, três fontes tiveram participação relevante no seu financiamento entre 2001 e 2011. Dentre elas, a contribuição social sobre o lucro das empresas foi a principal, sendo responsável por 35,31% do financiamento, nesse período. Uma característica desse tributo é que incide diretamente sobre a renda do capital. O segundo tributo foi a Cofins, que representou 28,66%. Depois, a Contribuição Provisória sobre a Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira (CPMF), extinta em 2007, que representou 20,32% do financiamento da saúde nos últimos dez anos. A CPMF era, em parte, um tributo proporcional sobre a renda das pessoas, e uma parte significativa era repassada para o consumo, pois as empresas representavam 70% da arrecadação desse tributo (SALVADOR, 2012).

³⁶ O Cofins é uma contribuição social aplicada sobre o valor bruto apresentado por uma empresa e tem como o objetivo financiar a Seguridade Social que corresponde às áreas de Previdência Social, Assistência Social e Saúde Pública.

A política de educação foi uma das únicas políticas sociais executadas no orçamento fiscal da União com recursos vinculados e de gastos obrigatórios, o que vem garantindo uma relativa estabilidade nas fontes orçamentárias, ao longo dos anos. Segundo a CF/88, o financiamento público da educação foi consolidado na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), que atribuiu à União, aos Estados, ao DF e aos municípios a responsabilidade pela administração do sistema educacional brasileiro, e criou os três sistemas de ensino público, baseados no regime de colaboração entre as instâncias federadas (SALVADOR, 2012).

No período de 2001 a 2011, em média, 57% dos recursos do orçamento que financiam a educação no âmbito da União foram provenientes de impostos dos recursos destinados à Manutenção e Desenvolvimento do Ensino (MDE), referentes à arrecadação dos impostos líquidos de transferências constitucionais. Essa fonte foi a garantia constitucional estabelecida no artigo 212 da CF, que determina a aplicação de, no mínimo, 18% dos impostos na manutenção e desenvolvimento do ensino (SALVADOR, 2012).

O orçamento da política social do trabalho é financiado, principalmente, pelo FAT, que tem no Programa de Integração Social e no Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PIS/Pasep) sua principal fonte tributária (DAVI et al. 2011). A base de incidência do PIS/Pasep³⁷ é o faturamento das empresas, que repassam os preços e serviços ao consumo, ou seja, é uma fonte de financiamento regressiva, paga pela população, sobretudo, a classe trabalhadora mais pobre. Não obstante, o acesso aos principais benefícios, pagos por esta fonte, são o seguro-desemprego e o abono salarial, disponibilizado apenas aos trabalhadores inseridos em relações formais de trabalho (CACCIAMALI, 2005).

Segundo Salvador (2012), no período de 2001 a 2011, 26,77% do financiamento da política de trabalho foi feito com recursos arrecadados de aplicações no mercado financeiro do FAT, ou seja, o financiamento da política social do trabalho depende das aplicações financeiras e, portanto, de elevadas taxas de juros, fruto da política monetária impeditiva do crescimento e da geração de empregos no país.

³⁷ O PIS/Pasep tem o objetivo de financiar o pagamento do seguro-desemprego, abono e participação na receita dos órgãos e entidades, tanto para os trabalhadores de empresas públicas, como privadas. Além disso, é também uma espécie de segurança do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS).

Ademais, as alterações ocorridas pela introdução do neoliberalismo foram decisivas para o predomínio dos impostos indiretos e regressivos na estrutura tributária, que favoreceu o capital e foi desfavorável à classe dos trabalhadores. Desse modo, o sistema tributário foi montado para privilegiar a acumulação capitalista e onerar os trabalhadores assalariados e a população em situação de pobreza, que são os maiores responsáveis pelo financiamento e arcam com mais de 66% das receitas arrecadadas pela União, Estados, Distrito Federal e municípios. De acordo com Salvador (2012), as aplicações financeiras são menos tributadas do que a renda dos trabalhadores assalariados, e isto demonstra ser o capital o maior beneficiário desse sistema iniciado nos governos FHC e em permanência até o governo atual.

Entendemos que o orçamento público brasileiro se encontra direcionado para o capital portador de juros, por meio do pagamento de juros e amortização da dívida pública para a classe dos rentistas do capital, e isso gera diversos obstáculos para a construção de um sistema de proteção social universal, pela redução do seu orçamento. Além disso, os ricos continuam não pagando impostos, pois suas rendas estão isentas de tributação, e a maior parcela do orçamento público mais uma vez é conseguida através da tributação da classe dos trabalhadores.

Nesse sentido, para a consolidação dos direitos regulamentados e para a expansão das políticas sociais pela utilização do orçamento público seria necessário cada vez mais aumentar a arrecadação do orçamento³⁸. Acontece que existe um limite financeiro posto aos orçamentos sociais, que são subordinados às leis e princípios fiscais, podendo ser, ou não, compatíveis com os princípios da política social. Entendemos que o orçamento público deveria atender, prioritariamente, as reais necessidades da população por bens e serviços sociais coletivos, ou seja, sem restrições financeiras para a consolidação dos direitos sociais de cidadania e sem estar submetido aos ajustes primários do sistema econômico, que tem a sua finalidade voltada para o aumento do superávit primário³⁹ e expansão do mercado financeiro.

³⁸ Em orçamentos públicos, o superávit é alcançado sempre que a receita é superior à despesa, decorrente de um aumento da arrecadação ou de um decréscimo dos gastos.

³⁹ Resultado positivo das receitas e despesas do governo, excetuando gastos com pagamento de juros.

Em face dessa apropriação de recursos, o Fórum Brasil de Orçamento⁴⁰ do Conselho Regional de Economia do Estado do Rio de Janeiro, voltado à defesa e garantia da aplicação dos recursos públicos nas políticas sociais por meio da análise, do monitoramento e da criação de mecanismos de democratização do orçamento público federal, veio manifestar suas preocupações em relação à Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 233/2008, que tem a finalidade de alterar o Sistema Tributário Nacional, conhecida como reforma tributária.

Para esse Fórum, a reforma tributária limita seus objetivos à simplificação, à eliminação de tributos e ao fim da guerra fiscal entre os estados, não se preocupando com a promoção da justiça social, a ampliação de recursos para as áreas sociais, a desoneração dos contribuintes de menor renda e, principalmente, a construção de um sistema tributário progressivo. Portanto, o ônus da carga tributária vem sendo suportado pelos mais pobres, com renda de até dois salários mínimos, em que 46% são destinados ao pagamento de tributos, enquanto aqueles com renda superior a 30 salários mínimos gastam 16% em tributos indiretos.

Outro ponto questionado é a dedução do IR, utilizada como instrumento de renúncias fiscais, que isenta os rendimentos do capital, como, por exemplo, não taxa os rendimentos sobre os lucros das empresas. Logo, é necessária uma profunda revisão do IR e da instituição de tributos sobre o patrimônio, com o objetivo de estabelecer uma reforma que assegure a equidade horizontal e vertical na tributação. Esse impasse foi abandonado nessa PEC, pois não aponta para a construção de um sistema tributário progressivo, pautado pela tributação de renda e do patrimônio (SALVADOR, 2009).

A proposta apresentada altera profundamente o financiamento das políticas sociais e fragiliza os direitos sociais conquistados, pois modifica a estrutura de financiamento, principalmente, dos recursos vinculados ao custeio da seguridade social (assistência social, previdência e saúde), educação e trabalho, pelo fato de que os tributos a ser extintos são os que financiam essas políticas.

Atualmente, as receitas são vinculadas exclusivamente para fundos sociais e, a partir dessa reforma, os recursos passarão a ser disponibilizados pelo orçamento fiscal. Com isso, as políticas sociais deverão disputar os recursos do orçamento

⁴⁰ Disponível em: http://www.corecon-rj.org.br/tomadadeposicao_002-08.asp Acesso em: 5/10/20: 014.

fiscal com os governadores e prefeitos, pois a base tributária será a mesma que é compartilhada com os Estados e municípios, além de ter que enfrentar a forte pressão de setores empresariais pelo aumento dos gastos orçamentários com investimentos e por uma maior desoneração tributária (SALVADOR, 2009).

Segundo Salvador (2009), a proposta é que os três tributos mais relevantes utilizados para financiar a seguridade social sejam modificados. A Cofins e a CSLL⁴¹ serão extintas e haverá a desoneração da contribuição patronal sobre a folha de pagamento através de uma legislação específica. Para a seguridade social, serão destinados 38,8% do produto da arrecadação do IR, Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) e Imposto sobre Operações com Bens e Prestações de Serviços (IVA-F).

De acordo com o Fórum Brasil de Orçamento, isso representa o fim das bases de financiamento da seguridade social que se encontram no Artigo 195 da CF de 1988. O referido dispositivo ampliou o financiamento da previdência, saúde e assistência social para além da folha de salários, que inclui a receita, o faturamento e o lucro. Além disso, a desoneração da folha de pagamento vai significar uma perda de R\$ 24 bilhões para a previdência social.

Outra modificação apontada é que, no lugar do salário-educação, a PEC prevê uma Lei Complementar para definir o percentual a ser destinado ao financiamento da educação básica. Enquanto isto, ocorre apenas a destinação de 2,3% da arrecadação do IR, do IPI e do IVA-F.

No mesmo sentido, a reforma tributária, ao extinguir a contribuição social do PIS acabará como uma fonte importante de financiamento do FAT, cujos recursos são direcionados ao custeio do programa do seguro-desemprego, do abono salarial e, pelo menos, de 40% do financiamento de programas de desenvolvimento econômico, coordenados pelo BNDES. No seu lugar, passarão a ser destinados 6,7% do produto da arrecadação do IR, do IPI e do IVA-F (FÓRUM BRASIL DE ORÇAMENTO, 2009).

Diante do exposto, como forma de combater as modificações pretendidas por essa PEC, as entidades que integram o Fórum Brasil de Orçamento (FBO) apoiam alterações à reforma tributária, quais sejam:

⁴¹Criada pela Lei 7.689/1988 para que as Pessoas Jurídicas (PJ) e as equiparadas pela legislação do IR possam apoiar financeiramente a Seguridade Social.

- a) Instituição da progressividade para qualquer tributo, com o objetivo de redistribuição de renda;
- b) Manutenção da integridade do Orçamento da Seguridade Social, com suas fontes próprias e base diversificada de financiamento;
- c) Exclusão da DRU para o cálculo dos recursos mínimos a serem aplicados na educação;
- d) Preservação da arrecadação do Salário Educação;
- e) Possibilidade de aumento gradativo dos recursos para educação;
- f) Instituição do controle social do Fundo de Equalização de Receitas e do Fundo Nacional de Desenvolvimento Regional, por meio de conselhos com participação da sociedade civil;
- g) Implantação e destinação da contribuição sobre grandes fortunas para as políticas sociais (FÓRUM BRASIL DE ORÇAMENTO, 2009).

Através dessas medidas, o orçamento público atenderá prioritariamente aos direitos sociais, sem restrições financeiras que impeçam a sua consolidação e o seu avanço. Infelizmente, em vez disso, o que mais se verifica é o capital se apropriando do orçamento, através de diversas manobras, e, dessa forma, provocando a redução do orçamento para as políticas sociais. A distribuição do fundo público, representado através do orçamento, serve mais ao capital do que à classe social que mais precisa, ocasionando as desigualdades sociais defendidas implicitamente pela ideologia neoliberal (SALVADOR, 2012).

O FBO alimentava a expectativa de que esta situação poderia começar a mudar a partir da regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, que tramitou no Congresso por 11 anos e se tornou a Lei Complementar nº 141/2012. Conforme Menicucci (2014), a regulamentação da Emenda Constitucional 29 frustrou as expectativas. No âmbito do Congresso Nacional, imediatamente após sua regulamentação foram formadas duas comissões especiais, uma no Senado e outra na Câmara dos Deputados, para discutir o financiamento do SUS, o que foi considerado uma novidade. Atualmente, existe um consenso de que o financiamento do Sistema Único é insuficiente e precisa ser resolvido, o que representa um avanço, pelo fato de o problema, anteriormente, ser centrado apenas na gestão e não mencionar a questão referente ao financiamento. Por causa disso, esse consenso político representa uma novidade que merece atenção para verificar se esse aumento do financiamento não constitui apenas mais uma manobra para permitir ao capital uma maior apropriação do fundo público da saúde.

2.2 Distribuição do Fundo Público

Como já indicamos, na tentativa de resolver o problema da queda dos superlucros, as políticas sociais passaram a ser alvo de investimento do capital financeiro, através da manobra de privatização (direta ou indireta) de alguns setores como o da saúde, educação e previdência (BEHRING, 2008), o que se caracteriza como uma supercapitalização, conforme afirma Mandel (1982).

O fundo público ganhou destaque na produção e regulação das condições econômicas e sociais pelo fato de ser fundamental para a reprodução do capital. Segundo Oliveira (1998), os recursos crescentes disponibilizados no fundo público são um pressuposto do financiamento da acumulação do capital ao permitirem a socialização dos custos com a reprodução da força de trabalho, enquanto que, ao mesmo tempo, garantem à classe trabalhadora acesso a serviços sociais.

Devido ao crescimento do orçamento público, fica cada vez mais evidente a criação de meios propensos a facilitar ao setor privado a apropriação dos recursos do fundo público que seriam destinados à execução das políticas sociais⁴², ou seja, criam-se condições objetivas para transferir ao capital privado os recursos destinados ao financiamento das políticas sociais que conceituamos como o processo de contrarreforma do Estado.

Segundo Iamamoto (2008), a dívida pública se converteu em fonte de poder dos fundos de investimento, os quais sobrecarregaram o capital fictício e são remunerados a altas taxas de juros, sempre superiores ao crescimento da economia e em progressiva valorização através do financiamento crescente do déficit orçamentário e do endividamento público. Na medida em que o endividamento avança, tem-se a privatização do capital produtivo nacional das nações devedoras, sob a forma de aquisição de empresas públicas, para permitir a conversão da dívida em títulos de propriedade que são entregues aos credores (CHESNAIS, 1996).

Mendes (2014) afirma que esse movimento, desenvolvido principalmente no início da década de 90, se tornou mais forte a partir da crise do capital ocorrida no

⁴²O Brasil, desde 1995, vem passando por uma grande tensão, no âmbito da execução das políticas sociais, em relação à manutenção dos elevados superávits primários. Na tentativa de reduzir os gastos das políticas sociais das áreas da Seguridade Social (previdência, assistência social e saúde), que são responsáveis por grandes despesas, o governo reduziu os direitos, como forma de diminuir os custos para o Estado. Contraditoriamente, o governo assegurou o crescimento dos fundos de pensão e dos planos de saúde privados.

ano de 2008, e não foi interrompido nos anos subsequentes, pois o direcionamento do fundo público vem ganhando proporções mais acentuadas de apropriação por parte do capital privado rentista.

É importante retornar a informação de que, atualmente, os principais credores da dívida pública são os fundos de pensão e fundos mútuos de investimento, que aplicam cerca de um terço de suas carteiras em títulos da dívida pública. Uma parte significativa dos recursos sociais dos impostos e contribuições sociais é destinada a esses fundos. Por causa disso, a remuneração dos credores da dívida pública é feita através do desmantelamento das conquistas sociais, representadas pelo desfinanciamento das políticas nessa área, ou seja, pela apropriação do fundo público para outras finalidades ⁴³ (SILVA, 2011).

Para fazer a apropriação do fundo público, um dos mecanismos fundamentais utilizados para retirar os recursos das políticas sociais foi a Desvinculação de Receitas da União (DRU), que permite a desvinculação de 20% de todos os recursos com a finalidade de facilitar a formação de superávits e pagar a dívida pública. A partir dessa manobra, a Seguridade Social foi a mais atingida (SALVADOR, 2012).

Além da DRU, o capital tem outros mecanismos para garantir a sua acumulação e valorização ao utilizar os recursos dos orçamentos das políticas sociais para remunerar o rentismo de forma direta e indireta. Uma dessas formas é a remuneração feita ao capital portador de juros para que atue na operacionalização das políticas sociais. Essa remuneração acontece de diversas maneiras e atinge a maioria das políticas sociais, sendo considerada uma privatização via financeirização por dentro do Estado (SILVA, 2011).

⁴³O capital procura diversas formas para se apoderar do fundo público. Como exemplo, temos a área de saúde: através da ampliação e atuação da iniciativa privada, ocorreu a permissão e execução de atividades antes exclusivas do poder público, que foram realizadas, via terceirização, por organizações sociais financiadas pelo Estado. Na área da previdência, as contrarreformas realizadas, nos últimos anos, retiraram direitos e estimularam o crescimento da previdência privada por meio dos fundos de pensão e, ainda, permitiram às instituições bancárias operar com o repasse das aposentadorias e benefícios previdenciários. Na área da assistência social, o Estado diminui sua responsabilidade com o repasse das ações assistenciais para o Terceiro Setor, dando ênfase aos programas de transferência de renda que seguiram os modelos propostos pelas agências multilaterais, as quais também repassam recursos aos bancos para que operem com os benefícios (SILVA, 2011).

É evidente que a alocação dos fundos públicos serviu a programas focalizados e de combate à pobreza,⁴⁴ conforme foi determinado pelo receituário neoliberal mostrado anteriormente. Ou seja, mesmo diante do aumento da arrecadação tributária, não tem ocorrido o aumento de recursos para as políticas sociais e, especialmente, para a seguridade social que, conforme Mendes (2012), tem sofrido apropriações de seus recursos nos últimos anos, recursos com os quais poderia ampliar os direitos relativos às políticas de previdência, de saúde e assistência social.

Além disso, conforme sinalizado, segundo estimativas do Instituto de Estudos Socioeconômicos (Inesc)⁴⁵, em 2008, o Estado brasileiro foi financiado pela classe trabalhadora assalariada e suas frações, que responderam por, aproximadamente, 61% das receitas do país. Isto é, se por um lado o peso da carga tributária atinge as rendas das camadas de menor poder aquisitivo por ter maior incidência sobre o consumo, por outro lado, a tributação é bem menor sobre o lucro, a renda e o patrimônio.

Consideramos ainda que, além da DRU, corroboram para reduzir o orçamento da Seguridade Social elementos como a baixa participação do orçamento fiscal e a isenção fiscal, que reduz a arrecadação da seguridade devido às renúncias previdenciárias das entidades filantrópicas (assistência, saúde e educação), micro e pequenas empresas e clubes de futebol. Embora sejam previstas em leis, essas isenções poderiam ser limitadas, o que permitiria uma maior arrecadação para a seguridade social.

Outro elemento de destaque é a sonegação fiscal. Segundo dados fornecidos pela Anasps⁴⁶ (Associação Nacional dos Servidores da Previdência Social), entre os

⁴⁴As ações governamentais na área da assistência social são realizadas com recursos do orçamento da seguridade social, previstos no artigo 195 da CF, além de outras fontes (art. 204). Vale registrar que a assistência social tem aumentado sua participação no orçamento da seguridade social e evoluiu de 3,76%, no ano 2000, para 9,27%, no ano de 2010 (SALVADOR, 2011). Em 2010, do total de R\$ 39,1 bilhões liquidados na função 8 (assistência social) do orçamento, 39% estiveram sob a responsabilidade da Unidade Orçamentária (UO) do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), onde 92% dos recursos foram destinados ao Programa Bolsa Família (PBF). Na UO do Fundo Nacional da Assistência Social (FNAS), que ficou responsável por 61% dos recursos da Assistência Social, 96% do orçamento foram liquidados no programa Proteção Social Básica, que é responsável pelo pagamento do Benefício de Prestação Continuada (BPC) e da Renda Mensal Vitalícia (RMV) (SALVADOR, 2012).

⁴⁵ Disponível em: <http://www.inesc.org.br/> Acesso em: 18/11/2014.

⁴⁶ Disponível em: <http://www.anasps.org.br/> Acesso em: 25/11/2014

anos de 2003 e 2005 o governo acumulou R\$ 125 bilhões de déficit de caixa no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) por motivo de uso indevido do Orçamento da Seguridade Social, em que R\$ 90 bilhões ocorreram em função de sonegação, evasão e elisão fiscal⁴⁷ contributiva e R\$ 35 bilhões referentes às renúncias contributivas. O favorecimento de planos privados de aposentadoria, que proliferaram após a contrarreforma da previdência social, foi outro caminho de desmonte e que provoca uma privatização passiva ao estimular a demanda do setor privado, em detrimento do setor público (BOSCHETTI, 2006).

Nesse sentido, além do Estado financiar o setor privado, conforme afirmam Behring e Boschetti (2011), os ajustes fiscais, que retiram recursos capazes de dar sustentação financeira às políticas sociais, não permitem a ampliação e universalização dos direitos sociais. A consolidação da seguridade social brasileira e de suas políticas sociais, de uma forma geral, depende da reestruturação do modelo econômico, com investimentos no crescimento da economia, geração de empregos estáveis com carteira de trabalho, fortalecimento das relações formais de trabalho, redução do desemprego, forte combate à precarização, transformação das relações de trabalho flexibilizadas em relações de trabalho estáveis. Essas medidas, conseqüentemente, produziram a ampliação das contribuições e das receitas da seguridade social e, sobretudo, permitiriam um maior acesso aos direitos sociais.

Nesses termos, concordamos com os argumentos de Mandel (1990), de que, embora tenha havido uma ampliação da legislação social e, por conseguinte, um aumento dos gastos sociais, seria ilusão imaginar o Estado social como sinônimo de redistribuição crescente da renda nacional, ou seja, uma subtração do capital em prol do trabalho.

Para esse autor, não se pode negar o aumento da intervenção do Estado capitalista tardio na economia, com a finalidade de utilizar o crescente orçamento público para o financiamento de pesquisas e custos de desenvolvimento, além do financiamento ou subsídios a projetos industriais que possibilitaram, ao capital, um

⁴⁷ Elisão e evasão fiscal são duas formas de evitar o pagamento de tributos. A evasão fiscal é o uso de meios ilícitos para evitar o pagamento de taxas, impostos e outros tributos. Entre os métodos usados para evadir tributos estão a omissão de informações, as falsas declarações e a produção de documentos que contenham informações inverídicas ou distorcidas, como a contratação de notas fiscais, faturas, duplicatas etc. A elisão fiscal configura-se num planejamento que utiliza métodos legais para diminuir o peso da carga tributária num determinado orçamento. Respeitando o ordenamento jurídico, o administrador faz escolhas prévias (antes dos eventos que sofrerão agravo fiscal) que permitem minorar o impacto tributário nos gastos do ente administrado.

maior controle sobre os rendimentos sociais. Na verdade, tudo que ocorreu, e pode ocorrer, no modo de produção capitalista, foi uma redistribuição horizontal, uma vez que a maior parte dos tributos foi patrocinada pela classe dos trabalhadores e, pela perversa evasão fiscal, esses recursos são direcionados aos monopólios.

Neste contexto de busca pela universalização dos direitos e por recursos, vale mencionar o projeto de Reforma Sanitária Brasileira, que trouxe diversas propostas de mudanças em um momento de intensas modificações sociais e com a pretensão de ir além de uma reforma setorial.

2.3 Projeto de Reforma Sanitária: a tentativa de universalizar a saúde

O Movimento de Reforma Sanitária (MRS) brasileiro surgiu em meados dos anos 1970 e tinha como objetivo principal formular uma agenda política voltada para uma saúde com valor universal e a defesa da democracia. Dentre esses novos sujeitos políticos, encontravam-se estudantes, professores universitários, setores populares e entidades de profissionais de saúde que defendiam mudanças na área e um de seus resultados foi a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Esse movimento tinha como fundamento a crise sanitária pela qual o país passava e mostrou indicadores de doenças que poderiam ser evitadas com medidas preventivas e promocionais. Tal engajamento levou outros profissionais de saúde e alguns movimentos sociais a se mobilizarem para participar na luta coletiva em defesa da criação do projeto de reforma sanitária⁴⁸, vinculado à luta democrática (PAIM, 1997).

No início da década de 80, houve um aumento do movimento dos trabalhadores sindicalizados urbanos e dos movimentos sociais na luta por melhores condições de trabalho, saúde e vida. Uma parte desses sindicatos se colocou contra a mercantilização da atenção médica e da saúde. Em razão disso, as reivindicações aumentaram e começaram a exigir, além das reclamações anteriores, saneamento básico, água, luz, transporte e postos de saúde. Essa postura se deu em razão do

⁴⁸ O movimento sanitário, posteriormente denominado de Movimento de Reforma Sanitária (MRS), articulou diversos debates sobre as questões da saúde, o que acabou gerando diversas produções científicas e, principalmente, levou à defesa da ideia de que o Estado deveria ser democrático, do mesmo modo que as políticas sociais deveriam ser universais, públicas e participativas e com a sociedade civil organizada exercendo o controle social sobre a sua execução (THEODORO; DELGADO, 2003).

entendimento de que o direito à saúde é de natureza bem mais ampla e não representava apenas a assistência médica (BRAVO, 1999).

Segundo Paim (2008), foi a partir do primeiro Encontro de Secretários Municipais de Saúde que teve início a elaboração da proposta de reforma sanitária brasileira, configurada como um avanço na socialização dos meios de pensar a agenda política deste segmento. Como resultado desse encontro, começou uma mobilização dos governos municipais, que realizaram eventos e debates sobre as questões relativas às suas responsabilidades para com a saúde.

Com a reconquista da democracia, depois de um período de ditadura civil-militar, foi realizada, em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que foi a primeira a contar com ampla participação da sociedade civil e a protagonizar o início da reforma democrática do Estado, após longo período de autocracia.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde teve três principais tópicos de discussão: a) a saúde como direito de cidadania; b) a reformulação do sistema nacional de saúde e; c) o financiamento do setor. Conforme Paim (2008), as diversas propostas apresentadas mostraram os conflitos causados pelos diferentes interesses dos atores políticos e, por isso, houve uma enorme dificuldade de sustentação de um projeto de reforma social, visto que, para isso ocorrer, era necessária a ação articulada entre um conjunto de políticas sociais mais amplas, relativas ao trabalho, previdência, educação, entre outras. Após a 8ª Conferência, foram abordadas a implantação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS), o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), bem como os embates políticos de tais iniciativas, além do próprio processo constituinte.

O eixo central da CNS foi que o Estado atuasse em prol da sociedade e suas principais reivindicações foram a democratização do acesso, a universalização das ações, a descentralização e melhoria da qualidade dos serviços. Isso tudo feito através de um novo modelo assistencial baseado na integralidade e na equidade das ações. Outra questão defendida pelo movimento social foi que a sociedade civil organizada deveria participar da gestão da política de saúde na sua elaboração, planejamento e alocação do fundo público, através de mecanismos institucionais, como os conselhos de saúde e as conferências (BRAVO, 1999).

Behring e Boschetti (2011) argumentam que as condições econômicas internas e internacionais eram extremamente desfavoráveis à inserção da reforma democrática do Estado brasileiro exigida pelos movimentos sociais, embora

possuíssem condições políticas e uma base forte de legitimidade para sua realização.

Dessa forma, Behring (2008) coloca que, enquanto a CNS lutava por essas modificações, a proposta do governo, baseada na ideologia neoliberal, era implementar políticas focalizadas para atender apenas às populações vulneráveis através da implantação de um pacote básico para a área social. Além disso, os interesses eram o de privatizar setores estatais, estimular os seguros privados de saúde e previdência, descentralizar a gestão das políticas nas três esferas, e eliminar a vinculação do orçamento com as políticas sociais. Ou seja, a adesão à proposta da ideologia neoliberal era que se tivesse a saúde articulada ao mercado, através da expansão do setor privado e, além disso, conter os gastos através da criação de prioridades para a oferta dos serviços.

Nessa perspectiva, a descentralização seria fundamental, pois daria isenção de responsabilidade ao poder central, que teria uma maior ênfase nas parcerias público-privadas, refilantropização, dentre outros. Além disso, poderia ser ainda destacado o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos por causa da falta de unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais, e pelo afastamento da indissolubilidade entre prevenção, promoção e atenção curativa, que colocou a assistência médico-hospitalar como prioridade nas ações da vigilância à saúde (BRAVO, 2006).

Na visão de Boschetti (2008), o principal paradoxo na saúde foi que os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), representados pela universalidade, equidade, integralidade das ações, regionalização, hierarquização, descentralização, participação da comunidade e complementaridade do setor privado, instituídos na Constituição Federal de 1988 (CF/88), foram afetados na sua qualidade pela falta de recursos e pela ampliação da oferta de serviços dos planos privados. Outrossim, a proposta defendida pelo MRS sofreu com o processo de democracia inconclusa, segundo Gerschman (1995), pelo fato de o processo de formulação e de implantação das políticas de saúde não ter sido consolidado conforme o esperado, pelo regime democrático.

Ademais, o processo da Reforma Sanitária, ao final do governo Sarney, em 1990, vivenciou retrocessos com a já referida disseminação da ideologia neoliberal, que ocasionou o esvaziamento dos movimentos sociais e o adiamento do envio do projeto de Lei Orgânica da Saúde para o Congresso Nacional. Por isso, para se

analisar a política de saúde nos anos 1990, foi imprescindível considerar a complexidade do desafio representado pela implementação do SUS, visto a necessidade de concretizar a agenda progressista, construída pelo movimento sanitário dos anos 1980, e o rompimento com o modelo no qual o sistema de saúde brasileiro foi estruturado ao longo de várias décadas. Além disto, em decorrência da crise estrutural do capital, a conjuntura político-econômica internacional e nacional não era favorável à consolidação de políticas sociais mais abrangentes e redistributivas.

Neste sentido, segundo Paim (2008), na conjuntura pós-constituente ocorreu uma desmobilização do Movimento de Reforma Sanitária, principalmente do Cebes e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), que afetou todo o processo de reforma nesse setor. Também surgiram novos sujeitos coletivos no cenário da reforma sanitária, como o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conassem) e os Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, que se destacaram na atuação em favor do movimento.

No período de Fernando Collor de Mello, embora o pensamento neoliberal dominasse a arena política e, por causa disso, tenha havido uma ausência de compromissos com a institucionalização do SUS, as Leis nº 8.080/90⁴⁹ e 8.142/90⁵⁰ foram sancionadas depois de vários embates entre os diversos atores políticos, em que cada um procurava defender os seus interesses.

As pressões sofridas pelo governo, através dos organismos internacionais (FMI, BM) que se articularam para a implantação da ideologia neoliberal no país, desestimularam o empenho das classes políticas para a construção do SUS idealizado pelo MRS e houve uma forte redução dos recursos federais para a área de saúde (PAIM, 2008).

⁴⁹ A Lei 8.080 foi votada em 19 de setembro de 1990 e aborda as condições para promover, proteger e recuperar a saúde, além de organizar o funcionamento dos serviços relacionados ao ramo. Por meio desta lei, as ações de saúde passaram a ser regulamentadas em todo território nacional, permitindo a participação da iniciativa privada no SUS como complementar e dando prioridade às entidades filantrópicas. Outro ponto foi a descentralização político-administrativa na forma da municipalização dos serviços e das ações de saúde, com redistribuição de atribuições e recursos.

⁵⁰ A Lei 8.142/90 foi votada em 28 de dezembro de 1990, e aborda a participação da população na gestão do SUS e as transferências dos recursos da área entre os governos.

Diversos documentos demonstraram o conjunto de propostas do Banco Mundial para a área de saúde no Brasil. O primeiro, de 1991, chamado “Brasil: novo desafio à saúde do adulto”, elaborado após a Constituição de 1988 e a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, tinha como meta estagnar os avanços conquistados pela reforma sanitária contemplados nessa legislação. De acordo com o BM, as realidades fiscais brasileiras não estavam em conformidade com o requerido pelo processo de democratização e pela Constituição de 1988 (BANCO MUNDIAL, 1991).

Esse mesmo documento expressou a opinião do BM com relação ao acesso universal, contido na CF, e relatou que o prognóstico para o sistema de saúde no Brasil não era recomendado devido à carta constitucional ter estabelecido, como direito constitucional, o acesso universal aos serviços públicos de saúde, pois isso aumentaria a procura dos serviços médicos públicos e elevaria os custos, caso ocorresse a implementação desse direito.

Além disto, esse documento sugeriu a seletividade do acesso como proposta à quebra da universalidade, em que os programas deveriam ser voltados, especificamente, para os mais pobres, e deveria considerar a situação fiscal do país. Outro ponto de destaque foi que o BM se posicionou contrário à gratuidade dos serviços e propôs a cobrança aos usuários, tanto direta como através de impostos locais.

Em meio a essa pressão, ocorreram diversas mudanças nos critérios e mecanismos de repasse dos recursos federais para as instâncias subnacionais de governo. Em 1991, os repasses sofreram alteração, em que foi excluído o critério de transferência automática, proposto pela legislação infraconstitucional, e adotado o critério de transferência negociada para os municípios, através da implantação da Norma Operacional Básica 1991 (NOB/91)⁵¹.

A NOB/91 teve como principal finalidade normalizar os mecanismos de financiamento do SUS referentes ao repasse, acompanhamento, controle e avaliação dos recursos financeiros para os municípios e/ou Estados, sendo considerada como o principal mecanismo de incentivo ao processo de descentralização da saúde. De acordo com a norma, os municípios poderiam fazer a

⁵¹As NOBs representam instrumentos de regulação do processo de descentralização, que tratam eminentemente dos aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios.

distribuição da AIH e efetuar pagamento diretamente aos estabelecimentos provedores do serviço, que poderiam ser prestadores públicos, filantrópicos e contratados, desde que possuíssem os critérios prescritos na lei nº 8142. Com relação aos municípios que não fossem habilitados, a gestão seria efetuada pela Secretaria Estadual de Saúde. Como podemos verificar, isso representou uma estratégia que reforçou o papel das AIHs de instrumento de poder, pois favorecia os municípios que tivessem uma organização política mais consolidada, socialmente organizada e, dessa forma, excluía os municípios com menores recursos (SCATENA; TANAKA, 2001).

Argumentamos que a descentralização foi insuficiente para concretizar os outros princípios do SUS, bem como não procurou atender aos avanços relativos ao direito à saúde relacionados com outros aspectos necessários à implantação da totalidade do sistema, que precisava de um adequado aporte de recursos financeiros e do fortalecimento da gestão nos três níveis de governo.

No governo do Presidente Itamar Franco (1992-1994), não ocorreu nenhuma alteração dessa situação, pois foi mantida a lógica da crise financeira que afetou a seguridade social. Além disso, por causa da redução dos repasses do governo, houve uma disputa pela alocação dos recursos entre a saúde e a previdência (CORTES, 2009).

Outro ponto que merece destaque desse governo foi o avanço na municipalização através da criação da NOB/93, em 1993, a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) e, em 1994, a extinção formal do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Em 1992, realizou-se a IX Conferência Nacional de Saúde, cujo tema central foi “Sistema Único de Saúde: a municipalização é o caminho”, que teve como característica principal o conteúdo municipalista nas discussões dos temas macroeconômicos e macropolíticos na área da saúde. (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

No que se refere à NOB/93, podemos destacar a introdução dos elementos característicos da descentralização: a) redistribuição de poder; b) reorganização institucional (através das dimensões políticas, sociais e culturais); c) os diálogos; d) a negociação e pactuação; e) a redefinição de papéis; f) o estabelecimento de novas relações entre as três esferas de governo; g) a autonomia proporcional à capacidade de gestão.

Essa norma definiu o gerenciamento do processo de descentralização nos três níveis de governo através das Comissão Intergestora Tripartite (CIT) e Comissão Intergestora Bipartite (CIB), conselhos municipais e estaduais, bem como definiu os níveis de gestão dos municípios (incipiente, parcial e semiplena) e estados (parcial e semiplena), que buscou contemplar os diferentes estágios nos quais se encontravam estados e municípios em relação à descentralização (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

O documento “A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90”, publicado em 1995 pelo BM, fez diversas críticas aos avanços constitucionais de 1988 ao referir que, na Constituição, a tendência para a universalização da cobertura traria, por si só, um aumento significativo nas despesas caso as promessas públicas fossem mantidas, além de apontar que o país não conseguiria superar a crise fiscal que estava atravessando (BANCO MUNDIAL, 1995).

A avaliação do Sistema Único de Saúde brasileiro pelo BM tinha ênfase nos aspectos da relação custo-benefício referentes aos serviços nessa área e, além disso, defendia a necessidade de reformas constitucionais e institucionais no setor de saúde. Fica explícita, então, a defesa da ampliação do setor privado na prestação de serviços de saúde pelo fato de se enfatizar o papel regulador e financiador do Estado, pois incentivava o repasse dos recursos do fundo público da saúde para entidades não estatais que iriam prestar esses serviços.

No governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), dentro desse contexto de pressões do BM, relativo ao período de 1995 a 2002, ocorreu uma redução do financiamento para a saúde e, com a intenção de minimizar essa redução, o governo publicou uma medida provisória que instituiu a CPMF, cobrança que incidia sobre as movimentações bancárias, com a finalidade de arrecadar verbas destinadas à Saúde e de caráter temporário, cuja extinção ocorreria quando o governo equilibrasse suas contas. Ainda no mesmo governo, foi implantada a Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas/2001) e realizada a 10ª e a 11ª Conferência Nacional de Saúde (PINHEIRO; WESTPHAL; AKERMAN, 2005). Nesse governo foi promulgada a NOB/96.

A NOB/96 permitiu aos estados duas condições de gestão: a gestão avançada e a gestão plena para o sistema estadual de saúde. Em relação aos municípios, as condições de gestão estabelecidas foram a plena da atenção básica

e plena do sistema municipal. Para cada um desses tipos de gestão foram previstas modalidades de repasse/transferência de recursos federais, divididas entre o custeio da assistência hospitalar e ambulatorial, as ações de vigilância sanitária e as ações de epidemiologia e de controle de doenças (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Essas modificações permitiram a introdução de novas formas de gestão para os sistemas de saúde, na tentativa de uma nova organização para o SUS. A principal mudança foi distinguir com clareza a demanda da oferta de serviços e controlar a oferta pela demanda, que teve como estratégia principal a distribuição de parte dos recursos federais do SUS para os municípios, de acordo com o número de habitantes do município e não com o número de leitos. O objetivo principal foi a inclusão de um sistema de entrada e triagem para o encaminhamento dos pacientes aos hospitais, na qual se credenciassem os hospitais e ambulatórios especializados do próprio município, bem como de municípios vizinhos, de forma que pudesse existir uma competição pela execução dos serviços. A partir do estabelecimento do sistema de entrada (que depois recebeu o nome de PAB - Piso de Atendimento Básico) nenhum paciente, exceto atendimentos de emergência, seria diretamente internado em hospitais (BRASIL, 1998).

Após o governo de FHC, segundo Braz (2004), a eleição de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010) significou um marco político na história do país, pelo fato de ser a primeira vez que se elegeu um representante da classe operária brasileira com uma forte experiência de organização política e que representou, principalmente, a reação da população brasileira contra o projeto neoliberal⁵² implantado no início dos anos 1990.

No entanto, as propostas e reformas defendidas por esse governo, após os seus dois mandatos, deram continuidade ao processo de contrarreforma do Estado, iniciada na gestão de FHC. O espaço público democrático dos direitos sociais foi diminuído, enquanto o espaço privado foi ampliado, além das atividades ligadas à

⁵² Segundo Coutinho (2012, p. 123), “por certo, a época neoliberal não destrói integralmente algumas conquistas do *Welfare State*, o que se deve, sobretudo, à resistência dos subalternos. Por outro lado, nos círculos neoliberais mais ligados à chamada ‘terceira via’ (e até mesmo em organismos financeiros internacionais como o Banco Mundial), vem se manifestando nos últimos tempos uma ‘preocupação’ em face das consequências mais desastrosas das políticas neoliberais (que continuam malgrado isso a ser aplicadas), entre as quais, por exemplo, o aumento exponencial da pobreza. Mas esta ‘preocupação’ – que levou à adoção de políticas sociais compensatórias e paliativas, como é o caso do ‘Fome Zero’ aqui no Brasil – não anula o fato de que estamos diante de uma indiscutível contrarreforma”.

produção econômica terem penetrado nas áreas desses direitos, conquistados com a Constituição Federal de 1988.

O plano de governo divulgado para o segundo mandato (2007 a 2010) apresentou poucos compromissos com o projeto de Reforma Sanitária idealizado originalmente pelo movimento em prol de mudanças nesse campo, uma vez que não mencionou alguns dos eixos considerados centrais, tais como o controle dos planos de saúde, o financiamento efetivo e investimentos, a ação intersectorial e a política de gestão do trabalho (PAIM, 2008).

Em 2007, com a finalidade de orientar a política de saúde brasileira, foi lançado outro documento pelo BM, intitulado “Governança do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro: Fortalecendo a Qualidade do Investimento Público e da Gestão de Recursos”, incluindo avaliações e propostas com a finalidade de aumentar a qualidade da gestão e racionalizar o gasto público do SUS. Esse documento indicou que muitos dos desafios enfrentados pelo setor saúde estavam ligados às falhas de governança, ou seja, à falta de incentivos e de *accountability* que permitam garantir serviços viáveis financeiramente e com uma boa qualidade, pois seriam dois fatores essenciais para o fortalecimento do sistema de saúde (BANCO MUNDIAL, 2007).

Bravo e Menezes (2011), em análise dos dois mandatos do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, afirmaram que a disputa entre os dois projetos existentes da saúde, desde os anos 1990, ainda persistiam. Algumas propostas procuraram enfatizar o projeto de Reforma Sanitária, mas não houve vontade política e financiamento para viabilizá-las, ou melhor, o que ocorreu foi uma continuidade das proposições; com políticas sociais focalizadas e viés conservador no que se refere às condicionalidades, à falta de democratização do acesso, à não viabilização da Seguridade Social e a uma forte articulação com o mercado financeiro interno e externo que favorecia a entrada cada vez maior da iniciativa privada para o setor de saúde a fim de se apropriar dos recursos dos fundos públicos.

Nesses termos, entendemos que a saúde, no programa de governo de Lula da Silva, foi apresentada como direito fundamental, com o compromisso de garantir

o acesso universal à assistência nesse segmento. Contraditoriamente, o que ocorreu foi uma universalização excludente⁵³ ou seletiva no acesso aos serviços de saúde.

Segundo Paim (2008), nesse período a política de saúde poderia ser considerada positiva, caso fosse comparada com os governos anteriores, pelo fato de ter ocorrido a ampliação do Programa Saúde da Família, como modelo de atenção, consolidando-se como estratégia e porta de entrada do sistema. Além disso, ocorreu a implementação da reforma psiquiátrica, a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), a política de saúde bucal, dentre outros.

O autor ainda afirma que houve mudanças na média e alta complexidade através da ampliação de serviços de assistência ambulatorial e hospitalar (emergências e urgências), além da elaboração do Pacto pela Saúde⁵⁴, dentre outros. Consideramos que, mesmo havendo mudanças no modelo de atenção à saúde, a política adotada pelo governo Lula dá continuidade à adesão aos ajustes macroeconômicos internacionais de cunho neoliberal iniciados na gestão de FHC.

No discurso de posse da presidente Dilma Vana Rousseff, eleita em 2010 pela coligação eleitoral de centro-esquerda denominada "Para o Brasil seguir mudando", composta por dez partidos e liderada pelo PT, o discurso foi de continuidade das ações do governo anterior no que se refere à consolidação do SUS, e que, para atingir essas metas seria necessário que o governo federal se empenhasse mais no acompanhamento da qualidade dos serviços prestados; tivesse o controle dos gastos e, principalmente, ampliasse o fortalecimento das parcerias com o setor privado, quer dizer, mais uma vez visualizamos o discurso neoliberal atuante nas políticas de saúde.

A análise realizada por Bravo e Menezes (2011) sobre a política de saúde nos governos recentes mostra a persistência de notórias dificuldades com relação ao sistema, a saber:

- a) A lógica macroeconômica de valorização do capital financeiro e subordinação da política social à mesma, encolhendo os direitos sociais e ampliando o espaço do mercado;
- b) A falta de viabilização da concepção de Seguridade Social;

⁵³ Cf.: Faveret Filho e Oliveira (1990).

⁵⁴ De acordo com o Centro de Educação e Assessoramento Popular - Ceap (2009), o pacto pela saúde é um esforço das três esferas de governo (municípios, estados e União) com o Conselho Nacional de Saúde que tem a finalidade de discutir a organização e o funcionamento do SUS. O objetivo principal é avançar na implantação dos princípios constitucionais referentes à saúde no Brasil e definir as responsabilidades de gestão de cada ente federado.

- c) O subfinanciamento e as distorções nos gastos públicos, influenciados pela lógica do mercado;
- d) A desigualdade de acesso da população ao serviço de saúde, com a não concretização da universalidade;
- e) O desafio de construção de práticas baseadas na integralidade e na intersetorialidade;
- f) Os impasses com relação à gestão do trabalho e educação, com a precarização dos trabalhadores e a não definição de um plano de cargos, carreiras e salários para os profissionais;
- g) Os avanços e recuos nas experiências de controle social e participação popular, face à não observância das deliberações dos conselhos e conferências e à falta de articulação entre os movimentos sociais;
- h) Modelo de atenção à saúde centrado na doença;
- i) Modelo de gestão vertical, burocratizado, terceirizado, com ênfase na privatização e, para o seu enfrentamento, são apresentadas propostas contrárias ao SUS, como as Fundações Públicas de Direito Privado e o ressurgimento das Organizações Sociais;
- j) O avanço da privatização, em detrimento do serviço público eminentemente estatal, através das parcerias público-privadas;
- k) A precarização dos serviços públicos e o não privilegiamento da atenção primária de saúde (BRAVO ; MENEZES, 2011, p. 22).

Paim (2010) afirma que a agenda do movimento da reforma sanitária reduziu-se à implementação de serviços de saúde e à consolidação gerencial do SUS. A agenda política da saúde ficou confinada às questões de financiamento, organização e gestão e, por causa disso, reduziu o seu conteúdo reformista ou revolucionário, pois, "o instituído domina o instituinte, até mesmo na produção acadêmica" (PAIM, 2010, p.257).

Soares (2010a) explica não ter sido por acaso que o desenho das políticas de saúde se assemelha à proposta apresentada por Bresser Pereira quando ocupava o Mare, em 1995: aparentemente coerente com os princípios da reforma sanitária, quando, na verdade, os negava substancialmente.

O modelo de atenção adotado estimula o crescimento do setor privado de saúde, seja na criação de condições para a expansão da saúde suplementar, seja na garantia do aumento do setor industrial de insumos e medicamentos. Além disso, consideramos que a adoção desse modelo de gestão de parceria público/privado representa uma estratégia mundial de maximização do capital, sendo implementada por diversos Estados nacionais na América Latina, em meio às tendências de supercapitalização (SOARES, 2012).

Nesse sentido, a adoção desse modelo poderia alterar os princípios do projeto da Reforma Sanitária Brasileira, ou seja, desmonta-se o modelo de saúde universal e amplia-se um modelo baseado em ações hospitalocêntricas, medicamentosas, individuais, com ênfase no imediatismo e em programas

assistenciais focalizados e seletivos, apresentados como uma contrarreforma, isto é, a combinação entre o velho e o novo (COUTINHO, 2012).

Silva (2014) afirma que, nesse contexto, também existiram mobilizações em torno do projeto de reforma sanitária organizadas pelos sujeitos políticos coletivos na defesa do SUS. Para a autora, ainda existem muitos obstáculos que não foram superados, pois é necessário ao setor saúde, além de uma reforma administrativa e financeira, uma reformulação mais profunda, com a necessidade de ampliar o conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo a legislação em relação à promoção, proteção e recuperação deste campo.

O processo de contrarreforma da saúde apresenta diversos elementos restritivos ao financiamento e ao modelo de gestão. No financiamento, destacamos a falta de implementação do preceito constitucional da seguridade social, que possui um subfinanciamento, relações de trabalho precarizadas com baixa remuneração e péssimas condições de trabalho. O modelo atual disputa com os planos privados de saúde sem atender às reais necessidades da população e deixa os que não podem pagar pelo serviço sem a assistência necessária.

Assim, concordamos com Coutinho (2012), quando afirma que estamos diante da tentativa de modificar o significado da palavra 'reforma', cujo conceito, antes da onda neoliberal, era de ampliação dos direitos, proteção social, controle e limitação do mercado etc. Atualmente, significa cortes, restrições, supressão dos direitos e de controle. Para o autor, isso representa uma operação de mistificação ideológica que está sendo bem sucedida no contexto brasileiro.

Com a finalidade de executar o processo da contrarreforma na saúde, outro elemento de sua estratégia foi a utilização das Organizações Sociais da Saúde como forma de levar a lógica privada para o SUS.

2.4 Organizações Sociais da Saúde: a estratégia para a apropriação do fundo público

As Parcerias Público-Privadas (PPPs) vêm se constituindo como um espaço estratégico para introduzir a privatização no setor estatal, que se torna um negócio com alta margem de segurança e sem riscos, pois o Estado garante a lucratividade. Por meio dessas parcerias, diversas unidades de saúde tiveram acesso direto ao

fundo público disponibilizado para as políticas sociais, principalmente as de saúde, o que afetou diretamente o SUS (SOARES, 2010b).

Assim, uma das estratégias da contrarreforma para o setor, nessa área, foi o repasse da gestão do SUS para outras modalidades não estatais, via contratos de gestão, que permitiu a transferência de recursos dos fundos públicos, apoiando-se no argumento da suposta ineficiência e na baixa qualidade dos serviços ofertados (CORREIA, 2011). O tipo mais difundido para a adesão ao modelo privatizante de gestão de unidades hospitalares foi a utilização das OSs⁵⁵, com a justificativa de que, com esta modificação, seria possível maior agilidade na prestação de serviços à comunidade (BARBOSA ; ELIAS, 2010).

As OSs estão sendo utilizadas largamente no gerenciamento de unidades hospitalares. Segundo Soares (2010a), a relação e o intenso imbricamento entre a mundialização do capital e a relevância dos serviços de saúde permitem um aumento na lucratividade para o capital financeiro internacional. Isso se deve ao fato de o setor saúde ser:

[...] uma das áreas de maior investimento tecnológico do mundo e de grandes possibilidades no mercado privado - desde os seguros e planos de saúde para os mais diversos segmentos de renda, indústria de medicamentos e equipamentos de saúde, redes hospitalares, redes de farmácia, ações na bolsa de valores, organizações sociais, fundações etc. (p.13).

Em termos de discurso, a privatização do setor de saúde pela adoção das OSs tem como princípio a eficiência e eficácia na prestação dos serviços estatais, com a finalidade da transferência de recursos públicos. Além disso, estimula os agentes privados, incluindo as organizações não-governamentais sem fins lucrativos, a competir entre si.

Segundo Paes (2000), as OSs⁵⁶ representam um modelo ou uma qualificação de organização pública não estatal, criada dentro de um projeto de reforma do Estado para que as associações civis sem fins lucrativos e Fundações de Direito

⁵⁵ No Brasil, 17 governos estaduais adotaram a estratégia de publicização, aqui definida como contrarreforma no setor de saúde, mediante a adesão e incorporação de novas formas de gestão do setor. Dentre eles estão os estados de Santa Catarina, São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo, Bahia, Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte, Ceará, Piauí, Maranhão, Goiás, Distrito Federal, Mato Grosso, Pará, Amazonas e Roraima.

⁵⁶ O Mare, em 1995, elaborou um anteprojeto de Lei e um Decreto de Regulamentação das Organizações Sociais em que preconizava mudar a administração em diversas áreas que, além de não serem exclusivas do Estado, eram de vital importância para a garantia dos direitos individuais, coletivos e sociais, como saúde, educação, cultura, ciência, tecnologia e meio ambiente. Porém, após

Privado possam absorver atividades publicizáveis mediante qualificação específica em lei.

Tais mudanças, conforme coloca Olívio (2005), instituem a instrumentalização de instituições particulares sem fins lucrativos para exercerem as atividades do Estado, com o direito de receber dotação orçamentária própria, além de ter autonomia financeira e administrativa. O exigido é que essas organizações sigam as condições descritas em lei específica para a sua formação, como a forma de composição de seus conselhos de administração.

As OSs são entidades de direito privado que possuem autorização legislativa para celebrar contrato de gestão com entes públicos. Entendemos, porém, que não podem obter lucros com a prestação de seus serviços, como também não podem ser proprietárias de bens do Estado.

Nesse sentido, as entidades que obtivessem essa qualificação teriam maior autonomia administrativa e os seus dirigentes possuiriam total responsabilidade pelo seu destino. Além disso, conforme o projeto de contrarreforma, através delas seria possível uma maior participação social, na medida em que a sociedade teria um controle direto via seus conselhos de administração, selecionados na comunidade à qual a organização estaria vinculada. Ademais, existiria a busca de uma maior parceria com a sociedade, que deveria financiar uma parte dos custos dos serviços prestados (BRASIL, 1995). Dessa forma, as organizações, além de consumir verbas dos fundos públicos, teriam a liberdade de procurar recursos no mercado privado, pela venda de serviços.

Nesses termos, sobre as OSs incide uma série de disposições jurídicas especiais que lhes asseguram vantagens e impõem sujeições. Conforme Olívio (2005), constituem características dessas entidades:

- a) A iniciativa privada voluntária na sua criação e na sua constituição;
- b) A existência de limites gerais à livre constituição e funcionamento dos órgãos de direção ou gerência como requisito para o exercício de ato posterior de reconhecimento ou qualificação;
- c) A afetação a uma finalidade de interesse público ou socialmente relevante;
- d) A necessidade de reconhecimento formal por parte do Estado, segundo um procedimento especial regulado em lei;
- e) A submissão ao regime jurídico das pessoas de direito privado, com derrogações de direito público;

a preparação dos meios para sua implementação, através da Lei 9.637/98, o Governo Federal instituiu as OSs como instrumento de viabilização e implantação de políticas públicas.

- f) Os estatutos das Organizações Sociais devem prever e adotar determinado modelo de composição para os seus órgãos de deliberação superior, assegurando a participação necessária de representantes do Estado e da sociedade civil como requisito para permitir o ato posterior de qualificação pelo poder público;
- g) O estatuto da Organização Social deve prever também, como um requisito da qualificação, sujeição da entidade à publicação anual no Diário Oficial da União do relatório de execução do acordo ou Contrato de Gestão (relatório gerencial das atividades desenvolvidas, apoiadas pelo poder público, e não apenas do relatório formal da contabilidade da entidade);
- h) O estatuto deve prever, como requisito de qualificação, regras rígidas de reforma das finalidades sociais, bem como normas para a definição impessoal das regras a serem adotadas para a remuneração do pessoal da entidade e para o sistema de compras;
- i) O estatuto ainda deve prever que a entidade estará sujeita a controle externo de resultados, realizado por comissão de avaliação composta por especialistas de notória qualificação, especialmente destinado à verificação do cumprimento do Contrato ou Acordo de Gestão firmado com o poder público;
- j) As entidades qualificadas como Organizações Sociais poderão utilizar bens materiais e recursos humanos de entidades extintas do Estado, desde que a extinção tenha sido realizada por lei específica;
- k) As entidades qualificadas poderão também absorver atividades e contratos de entidades extintas, também quando autorizados por lei, bem como os seus símbolos designativos, desde que estes sejam seguidos obrigatoriamente do símbolo OS;
- l) O trespasse de bens e recursos públicos para as Organizações Sociais está condicionado à assinatura de contratos de gestão com os órgãos competentes da administração pública federal;
- m) O recebimento de favores especiais, subsídios, isenções e contribuições do Estado;
- n) A submissão a uma vigilância especial e a limitações de ordem administrativa que vão além do simples poder de polícia exercido sobre as demais pessoas privadas;
- o) Sujeição ao controle do Tribunal de Contas e à fiscalização do Ministério Público;
- p) A destinação legal do patrimônio social a outra entidade de mesma natureza, em caso de extinção da entidade, não sendo permitido que seja o patrimônio repartido entre os membros da instituição (p. 23).

Essas entidades podem comprar materiais sem a necessidade de licitação, por não integrarem a administração pública e não estarem sujeitas à Lei nº 8.666, que determina a obrigatoriedade de licitação para os órgãos da administração direta, os fundos especiais, as autarquias, as fundações públicas, as empresas públicas, as sociedades de economia mista e demais entidades controladas direta ou indiretamente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

Esse modelo tem sido adotado com frequência para a gestão do setor de saúde de vários estados e municípios brasileiros. Em face disso, sua adoção expõe as contradições existentes no Estado capitalista, com muitos defensores da sua utilização, enquanto outros fazem resistência, lutas e críticas.

Um dos seus maiores defensores, o Banco Mundial, em fevereiro de 2007 elaborou um documento⁵⁷ que apresentou os resultados da avaliação realizada sobre a alocação, gestão de recursos, planejamento e execução do orçamento em diferentes níveis do governo, voltados para o gasto público na prestação de serviços assistenciais, cuja proposta final foi subsidiar o governo brasileiro na gestão e racionalização do gasto com a saúde pública. Segundo os realizadores do relatório, as unidades de saúde deveriam ter autonomia plena para administrar e aplicar seus recursos físicos e humanos e deviam seguir as políticas de saúde propostas pelo SUS e cumprir um conjunto de metas previamente definidas, a exemplo das OSs adotadas em São Paulo (BANCO MUNDIAL, 2007).

Segundo Campos (2006), outro defensor desse modelo, a justificativa para a adoção dessas organizações se deve ao fato de existirem muitas evidências sobre a inadequação da autonomia na administração direta para a gestão de hospitais e serviços especializados, seja devido à rigidez na execução orçamentária, que trava a gestão pública, seja devido à excessiva interferência político-partidária na alocação de pessoal, ou mesmo, na prestação de serviços à população.

Nessa mesma linha, Ibanez e Vecina Neto (2007) asseveram que é preciso enfrentar a discussão de uma reforma parcial do Estado. Para os autores, isso possibilitaria focar nos resultados pelo fato de os antigos modelos não permitirem gerenciar com eficiência as complexidades das instituições face aos limites impostos pelos fundamentos da administração direta. Ainda, segundo os autores, é importante reconhecer que o Estado brasileiro está defasado, por não utilizar instrumentos gerenciais que aumentem a sua eficiência no campo da prestação de serviços de saúde. Para os pesquisadores, pode-se observar a experiência positiva do Estado de São Paulo com a implantação desse modelo, elogiada pelos analistas do Banco Mundial, os quais realizaram um estudo da gestão de saúde executado pelas OSs, com ótimos resultados, principalmente, em razão de o Estado ter utilizado a privatização para esse setor e ter conseguido a melhoria da qualidade dos seus serviços.

Em outro estudo, o Banco Mundial (2010a) fez referência à tal experiência, relatando que o modelo de gestão de hospitais, instituído como OS, implantado em

⁵⁷Relatório nº. 36601-BR.

mais de 12 hospitais no Estado de São Paulo, demonstrou as seguintes características próprias:

- a) Gestão por uma organização privada não lucrativa qualificada como organização social;
- b) Celebração de um “contrato de gestão” entre o governo contratante e a organização qualificada como OS; o contrato estabelece claramente objetivos, metas e mecanismos de monitoramento e avaliação do desempenho dos hospitais;
- c) Financiamento baseado na modalidade de orçamento global – ou seja, o repasse de um montante previamente negociado; parte desse montante é fixa e baseada nas metas definidas, e parte é variável, em função do desempenho do hospital em alguns indicadores previamente definidos;
- d) Sistema de informações montado pelo órgão contratante e que permite o monitoramento e avaliação do desempenho dos hospitais através de indicadores claramente definidos.
- e) Autonomia ampla de gestão conferida à organização gestora do hospital, em matéria de alocação de recursos, contratação e remuneração de recursos humanos, e compras;
- f) Regime distinto de contratação dos recursos humanos, a saber, a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), que amplia a autonomia na gestão desses recursos;
- g) Manutenção da propriedade pública de prédios, instalações e equipamentos.
- h) Avaliação regular por comissão externa – a Comissão de Avaliação dos Contratos de Gestão, com representantes do Conselho Estadual de Saúde e da Comissão de Saúde e Higiene da Assembleia Legislativa e por profissionais especializados indicados pela Secretaria de Estado da Saúde;
- i) Determinação que os hospitais gerenciados pelas Organizações Sociais de Saúde atendam exclusivamente aos pacientes do SUS;
- j) Publicação do Balanço e demais prestações de contas das OSSs no Diário Oficial do Estado e respectivo controle destes pelo Tribunal de Contas do Estado (p.80-81).

Sano e Abrucio (2008) também concordam com esse modelo, afirmando que os avanços com a utilização da gestão por Organização Social em Saúde em São Paulo foram evidentes, conforme dados referentes à eficácia e eficiência dos gastos públicos e da área de recursos humanos, quando se comparam ao desempenho dos hospitais estatais paulistas. Os autores elencaram três fatores responsáveis para esse projeto ser bem sucedido. Primeiro, a flexibilização administrativa, que favoreceu um melhor gerenciamento. Segundo, o mecanismo do contrato de gestão, que aumentou a capacidade de planejar e executar as metas capazes de ser avaliadas. Em terceiro, o êxito do modelo de repasse a entes públicos não estatais, controlados por um núcleo burocrático estratégico na Secretaria de Estado da

Saúde, que poderia regular, monitorar, avaliar e, eventualmente, alterar as condições contratuais entre as partes.

Um resumo das diferenças entre unidades de saúde gerenciadas por OS e as gerenciadas pela administração pública, no Estado de São Paulo, foi apresentado pelo Banco Mundial, conforme mostrado no Quadro 3. Ressaltamos que as diferenças positivas foram destacadas para as OSs, como salários altos, flexibilidade financeira, desempenho, avaliação, entre outras.

Quadro 3- Principais diferenças entre os modelos OS e da administração direta

Organizações Sociais de Saúde (OSSs)	Hospitais da Administração Direta
Salários compatíveis com o mercado e flexibilidade, quanto à contratação de funcionários. As OSSs dispõem de maiores facilidades de modificar sua força de trabalho para atender às necessidades da população, pela possibilidade direta de contratar e demitir.	Salários incompatíveis com o mercado, por impossibilidade de o gestor ter autonomia para pagar, contratar e admitir, sem autorização governamental. Consequentemente, dificuldade de fixar e manter seu pessoal treinado e atualizado.
Flexibilidade administrativa na compra de medicamentos e insumos, visto que a organização não é obrigada a seguir as normas do setor público.	Limitações legais quanto à compra de bens e serviços por meio de processo burocratizado (licitação), o qual não atende as necessidades e peculiaridades do setor saúde, seja no que diz respeito à qualidade, agilidade, urgência imprescindível em algumas aquisições.
Facilidade na adequação da assistência médica às necessidades da população; adaptar os serviços às características demográficas e epidemiológicas da região em torno do hospital.	É mais difícil e demorada a adequação das necessidades da população, no que se refere a mudar o perfil dos trabalhadores, adquirir ou dispor de bens, entre outros fatores.
Flexibilidade na gestão dos recursos financeiros da unidade.	Impossibilidade de haver uma gestão independente dos recursos financeiros da unidade. Não permite converter, para outras áreas da própria unidade hospitalar, as “economias” conseguidas em recursos destinados a investimentos ou acréscimos orçamentários; Falta de recursos adicionais para investir na manutenção e recuperação das estruturas físicas das unidades e na renovação dos parques tecnológicos, com a incorporação dos avanços científicos do setor.
Pouca observação de fatores políticos na administração.	Fatores políticos presentes na administração dos hospitais públicos da administração direta.
Avaliação e monitoramento dos indicadores de desempenho.	Falta acompanhamento ou implantação de indicadores
Unidades operadas por OSS apresentam 20% a mais de produtividade a um custo 15% menor do que o dos hospitais da administração direta. (Estudo da Secretaria Estadual Saúde - 2003).	Produtividade menor.
Não existem instrumentos eficazes para o controle da sociedade sobre entidades de direito privado, como são as Organizações Sociais.	No Brasil, a legislação do SUS construiu instrumentos para o controle do SUS, a ser feito pela sociedade organizada nos Conselhos, Conferências de Saúde e que ainda poderão lançar mão de inúmeros mecanismos para isto.
A contratação da gestão, somente de unidades novas.	Muitos hospitais precisam ser reformados.

Fonte: Banco Mundial (2010b, p. 82 apud LAFORGIA; COUTTOLENC, 2009; BARBOSA, 2005).

Mesmo havendo diversos defensores da utilização desse modelo, temos uma ideia contrária ao apresentado acima, por diversas questões. Inicialmente, apesar dos avanços divulgados em São Paulo, o argumento de redução dos gastos públicos não foi verificado, pois, em 2006, o governo gastou R\$ 7,95 bilhões em terceirização e, no ano seguinte, 2007, R\$ 8,52 bilhões. Entre 2006 e 2009, os gastos com as OSs aumentaram 114% e o orçamento do Estado aumentou 47%, ou seja, as despesas com a terceirização da saúde cresceram mais que o dobro do aumento do orçamento público (CORREIA, 2011).

Concordamos com o documento “Fundamentos básicos para atuação do MPF contra a terceirização da gestão dos serviços prestados nos estabelecimentos públicos de saúde”, do Ministério Público Federal (MPF)⁵⁸, quando afirmou que a gestão de serviços públicos de saúde, por instituições privadas, colocou em risco a integridade do patrimônio público, contrariando a legislação vigente sobre o SUS (BRASIL, [s.d.]).

Segundo Correia (2011), um exemplo concreto do interesse pela privatização foi a aprovação da lei complementar nº 45/2010, em dezembro de 2010, pela Assembleia Legislativa de São Paulo, que acelerou o processo de privatização da saúde e ainda permitiu que 25% dos leitos de hospitais públicos, de alta complexidade, geridos pelas OSs, pudessem ser direcionados a pacientes particulares e de convênios médicos privados. Outro exemplo referiu-se à discussão em torno da ampliação da venda de leitos no Hospital de Clínicas da Universidade de São Paulo (HC-USP) para 12% do total, em 2011, prática também realizada no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, gerido por empresa pública (CORREIA, 2011).

Mesmo com a Ação Direta de Inconstitucionalidade 1.923, proposta pelo PT e pelo PDT contra a Lei 9.637/98, sancionada pelo presidente FHC (PSDB), que é contrária à adoção das OSs, o Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu que a Administração Pública pode repassar a gestão de escolas públicas, universidades estaduais, hospitais, unidades de saúde, museus, entre outras autarquias, fundações e empresas estaduais que prestam serviços públicos sociais para entidades privadas sem fins lucrativos como associações e fundações privadas qualificadas como OSs. Ou seja, além de poder privatizar toda a gestão de entidades estaduais que prestam

⁵⁸ Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/saude/financiamento-da-saude/atuacao-do-mpf/relatorio-terceirizacao-gt-saude>

serviços públicos sociais, isso pode ser feito sem licitação, bastando um procedimento simplificado que garanta os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

Nossa crítica ao modelo se fundamenta no Documento “Contra fatos não há argumentos que sustentem as Organizações Sociais no Brasil”,⁵⁹ em que foram apresentadas denúncias⁶⁰ sobre a existência de fraudes nas OSs pela forma de dispensa de licitação, garantida para compra de material e cessão de prédios. Isso poderia abrir precedentes para a apropriação do erário, havendo uma violação frontal ao princípio da moralidade na administração pública, pelo fato de não se utilizar a lei de licitação pública.

No documento referido, a justificativa de que a implantação das OSs daria uma maior agilidade na execução de serviços prestados à comunidade não foi aceitável, pois os fatos demonstraram o contrário. Os usuários continuaram a esperar, durante mais de três horas, na fila por um atendimento em hospitais e prontos-socorros na capital paulistana, gerenciada por essas organizações.

Outra questão foi que a eliminação do concurso público para contratação de funcionários poderia abrir precedente para o clientelismo nesse tipo de relação de trabalho, bem como a precarização frente à flexibilização dos vínculos que podem possibilitar a formação de “currais eleitorais” em diversos estados e municípios do país, pelo fato de suprimir o caráter democrático e meritocrático do concurso público. Além disso, a gestão por cumprimento de metas, processos e produtividade gera uma situação de instabilidade para os trabalhadores por elas contratados e facilita a sua superexploração.

Um problema apresentado em todos os hospitais geridos por OS, que merece destaque, foi a quarteirização, ou seja, a contratação de outras empresas para executar o que foi acordado pela OS. Mediante os fatos apurados, constatou-se que

⁵⁹ Elaborado pela “Frente Nacional contra a Privatização da Saúde”, formada por Fóruns de Saúde de diversos estados, movimentos sociais, centrais sindicais, sindicatos, projetos universitários e várias entidades de âmbito nacional.

⁶⁰ Entre as principais denúncias se encontram fraudes que envolvem recursos públicos, grande aumento do orçamento destinado às OSs, falta de fiscalização, empresários da construção civil que fundaram uma OS para gerir a saúde em São Paulo, compra de medicamentos a um custo bem maior, vícios em contratos de prestação de serviço de saúde, quantitativo inferior de contratação de funcionários, utilização de laranjas à frente das instituições, falta de compromisso com a população usuária e eliminação de concurso público.

o chamado "melhor desempenho" dos hospitais, geridos por OSSs, pouco ocorreu na prática.

A conclusão do documento foi que o controle frágil do Estado sobre essas entidades e sobre a execução da assistência à saúde, aliada à grave precarização das condições de trabalho, justificam a necessidade de um processo de reversão desse modelo de gestão, pelo fato de não ter mostrado nenhuma vantagem.

Concordamos com os argumentos de Granemann (2008), quando afirma que as OSs representam a privatização das políticas sociais e reduzem os direitos dos trabalhadores, guiadas pelo impacto ideológico e pelo fetiche da eficiência do capital.

Podemos citar o exemplo do Instituto Pernambucano de Assistência à Saúde (Ipas) que é uma OS e está atuando em vários estados. Contra essa OS existem diversas irregularidades apontadas, tais como falhas cometidas na gestão da Farmácia de Alto Custo de Mato Grosso, com medicamentos vencidos, além da não conclusão da obra, que fez com que a Auditoria Geral do Estado (AGE) do MT apontasse a necessidade de devolução, por parte do Instituto, do valor de aproximadamente R\$ 1,3 milhão, em fevereiro de 2015. Estes fatos fizeram com que o Ipas tivesse o contrato rescindido em fevereiro de 2015, deixando diversos problemas para a SES, tais como a inadimplência, por mais de 120 dias, com fornecedores, prestadores subcontratados pela OSS – no caso específico, o Corpo Clínico dos hospitais – e também o não pagamento de água, luz e materiais hospitalares, que resultaram no risco de paralisação das atividades dos hospitais e na precarização do atendimento à população.

O caráter da apropriação do fundo público, via privatização, torna-se evidente quando se coloca que esses são setores em que o Estado deve atuar de forma concorrente com a livre iniciativa, a qual exerce atividades de relevância para o interesse público e, por isso, tais atividades não devem ser de sua exclusividade. Ou seja, os direitos sociais não exclusivos ao setor público – como saúde, educação ou cultura – seriam necessariamente garantidos através da lógica privada e não pela superação da lógica mercantil. Isso nos remete aos princípios das OSs, que se baseiam na competição, para que o Estado contrate serviços externos.

Com relação à utilização dos contratos de gestão como principal argumento à eficiência da coisa pública, na verdade, têm-se constituído como uma forma de economizar recursos estatais em detrimento dos ganhos salariais, da redução das

aposentadorias, da degradação das condições do serviço público e do aumento da exploração dos servidores, tal qual foi observado em São Paulo. Da mesma forma, existe a fragmentação imposta pelo projeto à categoria dos servidores públicos, que reduz, ainda mais, seu poder de reivindicação frente à diminuição salarial (reajuste abaixo da inflação) e as péssimas condições de trabalho.

Outro ponto relevante é a falta de contribuição com o fundo público estatal, o que representa mais um dos numerosos ataques ao financiamento da Seguridade Social⁶¹, ao agravar o cenário de subfinanciamento desse setor pelo fato de os serviços serem vendidos ao Estado, assim como a outros agentes do mercado. Essas entidades recebem recursos financeiros para realizar a prestação de serviços e, em contrapartida, não contribuem para a formação do fundo público que sustenta a própria política social, porque esta, ao prestar serviços sociais ao Estado, recebe isenção tributária, conforme previsto em lei.

Assim, afirmamos que esse modelo de gestão, no bojo do processo das reformas neoliberais, agrava as características do capitalismo em decorrência do tratamento prestado à questão da força de trabalho; da defesa da concorrência como fator principal do aperfeiçoamento dos direitos sociais; e ainda da restrição à constituição do fundo público, isto é, o referido modelo, além de não contribuir, também se apropria. Podemos acrescentar que, segundo Cardoso e Campos (2013), ao acomodar-se aos limites da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) esse processo é orgânico à política de ajuste fiscal vigente.

Mesmo diante dos problemas apresentados, a justificativa propagada pelos defensores é a de que as organizações atuam mediante um regime de liberdade controlada, posto que o governo utiliza determinados instrumentos legais e administrativos que lhe permitem realizar o acompanhamento e o controle do seu desempenho. Para isto, o contrato de gestão representa o instrumento mais importante, por conter as metas a serem alcançadas e as obrigações de ambas as partes (GUIMARÃES, 2003).

Outro instrumento seria o poder normativo e de acompanhamento exercido pelo governo, representado pela presença de pessoas por ele indicadas no conselho

⁶¹O recolhimento de impostos e de contribuições para a seguridade social (previdência, assistência e saúde) objetiva a formação do fundo público de orçamento que financiará as políticas sociais, elas mesmas instrumentos que viabilizam os direitos e a proteção social da força de trabalho ocupada e excedente.

de administração dessas organizações. A legislação existente também seria um instrumento de controle, pois permitiria utilizar instrumentos administrativos como metodologias de acompanhamento e de avaliação de desempenho empregadas pelos governos.

Alguns aspectos negativos, decorrentes da confusão quanto à natureza jurídica, são mencionados por Modesto (2001), dentre esses estão:

- a) escolha da entidade parceira — ausência de licitação para a qualificação, a celebração do contrato de gestão e de contratos de serviços;
- b) alcance do controle do Estado sobre atos de gestão da OS, atualmente tratada como entidade da administração indireta, por ser instituída e mantida pelo Poder Público;
- c) presumido caráter de serviço público dos serviços transferidos, sem uma análise criteriosa da relevância da atividade, nos termos definidos na Constituição Federal;
- d) possibilidade de “feudalização e privatização” da gestão de um serviço público para um grupo privado;
- e) as OSs não são fruto de iniciativa privada e não operam por sua conta e risco, mas garantidas pelo Estado; e
- f) as OSs têm existência material apenas com a publicização e extinção de alguma organização pública, não dispõem de patrimônio próprio, não apresentam contrapartidas, mascarando a delegação do serviço com o rótulo de parceria (MODESTO, 2001, p. 8).

Além disto, as OSs não dispõem de patrimônios, ou seja, assumem a gestão do patrimônio público cedido pelo contrato de gestão. Portanto, elas não ampliam, necessariamente, a oferta dos serviços, pelo fato de sua função ser apenas de prestá-los, substituindo os entes públicos que deveriam executar essa função. Outro agravante é que, enquanto a gestão pública tem a obrigação de seguir o direito público, as organizações são guiadas pelo direito privado, pois foram afastadas da esfera estatal e do regime jurídico administrativo, dos concursos públicos de regime estatutário e da lei de licitação que serve para fiscalizar os serviços públicos prestados à sociedade. Por não seguirem a lei das licitações, deveria existir a preocupação em tornar públicos os procedimentos para a contratação de obras, serviços e compras, cujas regras, atualmente, são elaboradas pela própria OS.

Ressaltamos que os serviços de saúde prestados são definidos a partir de critérios de ordem técnica e administrativa, acordados com os objetivos estabelecidos no contrato de gestão, que não fornecem nenhuma garantia de atendimento às reais necessidades das demandas da população.

É importante salientar ainda que o acesso aos serviços de saúde não deve ficar restrito a indicadores puramente quantitativos, bem como não deve ser utilizado pelas OSs para medir seu desempenho. Os indicadores qualitativos, tais como

estrutura, capacidade dos serviços de saúde locais, princípios do serviço e solução dos problemas apresentados, deveriam ser adotados, pois trariam uma noção das necessidades diferenciadas dos usuários, suas relações com as doenças, além de suas condições psicológicas e socioeconômicas.

Argumentamos que a eficiência baseada na administração da escassez e a eficácia com foco na obtenção dos resultados traçados no contrato de gestão, utilizados como medidas de qualidade da prestação de serviços de saúde, não garantem o atendimento às reais necessidades da população. Isso pode ser considerado porque a eficiência e a eficácia refletem apenas o princípio economicista de custo/atendimento com serviços burocratizados, com autoritarismo, impessoalidade e incapacidade de lidar com as diferenças.

Mesmo que o controle por resultados fosse mais ágil e eficiente em comparação ao controle por processos, utilizados na gestão pública estatal, seria necessário que as metas, postas no contrato de gestão, fossem baseadas em compromissos com poder de representar o atendimento efetivo das demandas reais da sociedade que, na prática, revelam-se muito mais complexas, pois, segundo Santos (2000), uma das mais frequentes críticas tem sido a tendência das entidades contratantes de subavaliar as suas potencialidades, de modo a tornar as metas mais fáceis de ser atingidas.

Outro ponto está relacionado às restrições impostas pela legislação à participação de representantes da sociedade civil nos conselhos de administração, pois a Lei nº 9.637/98 prevê apenas a participação de “representantes natos da sociedade civil” e que devem ser “definidos pelo estatuto”. Convém explicitar que, a partir da proposta governamental, membro nato é aquele que faz parte do Conselho, desde a sua criação (BRESSER PEREIRA, 1998, p. 250).

Essas restrições à participação de outras entidades da sociedade civil, que não sejam as fundadoras, tendem a contribuir para a formação de um conselho de administração voltado para interesses específicos, sejam eles corporativos e/ou políticos, do que propriamente para os interesses de usuários dos serviços.

Concordamos com Borges *et al.* (2012), quando argumentam que a privatização da saúde está relacionada além da transferência de propriedade. A privatização está primeiramente caracterizada pela submissão do setor público ao privado através da orientação política que utiliza o caminho jurídico para dominar as estruturas públicas. Por isso, concluímos que os opositoristas desse modelo são

coerentes aos princípios do SUS, ao afirmarem que as OSs formam o arcabouço institucional para a privatização, atendendo aos interesses corporativos, e que estas ideias são opostas às defendidas pelo movimento de reforma sanitária da CF/88.

CAPÍTULO 3 - AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS COMO RECEPTORAS DE RECURSOS FINANCEIROS DA SAÚDE

Este capítulo teve por objetivo analisar a apropriação do fundo público da saúde pelas OSs, em Pernambuco. Como percurso metodológico, utilizamos a pesquisa do tipo exploratória e de natureza qualitativa, com a utilização de dados quantitativos, e nos procedimentos de coleta de dados a escolha foi pela pesquisa documental, a partir dos relatórios de gestão publicados no site oficial do governo do Estado, dados do Portal da Transparência e outros documentos relevantes para esta tese. Ou seja, o presente trabalho visa conhecer as contradições, tensões e disputas entre o projeto de reforma sanitária e as expressões da contrarreforma do setor de saúde, principalmente na alocação e apropriação do fundo público que foi o nosso ponto de partida, pois, segundo Netto (2011, p.335), “[...]o conhecimento começa com a experiência, tem nela seu ponto de partida. Mas apenas o ponto de partida”.

A pesquisa tem como base a alocação do fundo público de saúde no governo de Eduardo Campos a partir da destinação de recursos para as unidades hospitalares de alta complexidade, gerenciadas por OSSs. A apropriação do fundo público resulta da racionalidade do Estado mediante a transferência de responsabilidades, recursos humanos, financeiros e patrimoniais para o setor privado de saúde.

3.1 A escolha do método

Neste estudo, entendemos que a realidade deve ser interpretada, e não reduzida, mas para isso ocorrer devemos apreendê-la a partir da totalidade social. Para tal, optamos pelo método dialético de interpretação da realidade, a partir de abstrações e mediações, com o objetivo de conhecer os fenômenos, para além da aparência⁶², como processo social histórico.

Concordamos com Netto (2011, p. 340), quando afirma que, na produção do conhecimento o elemento que dirige o processo, que implica a sua direção, é o

⁶² Segundo Netto, “a aparência dos fenômenos é absolutamente importante porque começamos a conhecê-los a partir dela – o que não tem qualquer aparência não pode ser conhecido. Mas o conhecimento veraz, verdadeiro, parte da aparência dos fenômenos para encontrar a sua essência, a sua estrutura íntima e o seu movimento. (2011, p.335).

objeto, não o sujeito. Assim, não se pode escolher o método arbitrária ou aleatoriamente. Isso, do ponto de vista dialético, é um absurdo. Há que se ter como método aquele que seja capaz de apreender o movimento do objeto.

A dialética⁶³ permite uma aproximação maior com o objeto de estudo e, ao mesmo tempo, nos leva a entender as relações sociais que daí emanam. A saúde, enquanto política social contraditória, não é um amontoado de pequenos segmentos. Segundo Netto (2011) ela é uma totalidade que se insere numa totalidade maior, que é a nossa sociedade, que não existe sem a sua relação unitária (não identitária) com outra totalidade que é a natureza.

O método histórico-crítico fundamenta-se na dialética, na qual as contradições se transcendem, dando origem a novas contradições que passam a requerer solução. É um método de interpretação dinâmica e totalizante da realidade o qual considera que os fatos não podem ser analisados fora de um contexto social, político, econômico etc. (GIL, 2008). Logo, o presente estudo procurou analisar as mudanças ocorridas na saúde em Pernambuco dentro de um contexto mundial de transformações ocasionadas pelas crises cíclicas do capital.

3.2 O percurso metodológico

Com o objetivo de apreender as contradições que permeiam o objeto estudado, optamos pela pesquisa de abordagem do tipo exploratório e explicativa e de natureza qualitativa, com o uso de dados quantitativos. A pesquisa de base qualitativa proporciona uma compreensão aprofundada do objeto de estudo, apoia-se nos pressupostos teóricos que fundamentam a análise objetiva e subjetiva do fenômeno⁶⁴.

⁶³ Para Netto (2011,p. 337), “[...]como método, a dialética não produz a realidade. O objeto é – perdoe-me a aparente tautologia – objetivo e efetivo, está fora da consciência dos homens. O que a dialética me permite é apreender o que se passa nele”.

⁶⁴ Conforme afirma Netto (2011, p. 336), “[...] Pensar dialeticamente traz uma série de exigências que vão na contracorrente da instrumentalização, da manipulação que nós praticamos com os fatos do mundo. Essa manipulação é necessária, mas nos dá uma visão que não é da totalidade do mundo, que não nos permite perceber a processualidade e a dinâmica do mundo e a natureza dessa dinâmica. Pensar dialeticamente supõe uma formação teórica, pesquisa, estudo constante, e supõe que se aproprie da herança cultural que vem, pelo menos, de Hegel a nossos dias. Isso é absolutamente importante não apenas para termos uma relação mais eficiente com a natureza e com o mundo que instrumentalizamos e manipulamos, mas, sobretudo, para que possamos adquirir o conhecimento teórico-científico verdadeiro do conjunto da nossa vida”.

A pesquisa exploratória permite maior aproximação do pesquisador com o objeto investigado. Ela ainda possibilita a coleta de informações sobre determinado tema; contribui para aprofundar conceitos ainda preliminares, permite construir as respostas ou refutar as hipóteses levantadas inicialmente pelo investigador. Seu principal objetivo é o aprimoramento das ideias e o seu planejamento flexível, permitindo que se considere a variedade de aspectos identificados em relação ao fato estudado (GIL, 2008). Este tipo de pesquisa visa prover o pesquisador de um maior conhecimento sobre o tema ou problema de pesquisa em perspectiva. Por isso é apropriada para os primeiros estágios da investigação, quando a familiaridade, o conhecimento e a compreensão do fenômeno por parte do pesquisador são geralmente insuficientes ou inexistentes (MATTAR, 1994).

Para esta tese, a pesquisa exploratória proporcionou uma melhor compreensão em relação ao contexto da contrarreforma da saúde. A intenção foi construir os conhecimentos necessários para entender sua inserção nos estados para a execução dos serviços de saúde. Além disso, foi possível verificar se pesquisas semelhantes foram realizadas, quais os métodos utilizados e quais os resultados obtidos para se determinar tendências e estabelecer direcionamentos para a investigação que permitiu direcionar o objeto de estudo para a apropriação do fundo público da saúde pelas OSs, em Pernambuco.

A pesquisa explicativa busca aprofundar o conhecimento científico da realidade, pois procura mostrar as relações, as razões, as causas e os porquês dos fenômenos estudados. Tem como preocupação central identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos (GIL, 2008). A partir da definição do objeto de estudo, mediante a pesquisa explicativa, procuramos registrar, analisar, interpretar e identificar os fatos e suas causas. Para isto ocorrer foi necessário um esforço em síntese, teorização e reflexão a partir do objeto de estudo.

Nesses termos, para responder aos objetivos específicos da tese, utilizamos a pesquisa documental como procedimento de coleta de dados. A pesquisa documental é uma fonte de coleta de dados mais diversificada que a pesquisa bibliográfica, conforme afirma Gil (2008). Para o autor, existem os documentos de

primeira mão, ou seja, aqueles que não receberam nenhum tratamento analítico, tais como os documentos conservados em órgãos públicos e instituições privadas; e os documentos de segunda mão, que, de alguma forma, foram analisados, tais como: relatórios de pesquisa; relatórios de empresas; tabelas estatísticas e outros.

A pesquisa documental consiste inicialmente em identificar, verificar e coletar os documentos com uma finalidade específica e, nesse caso, preconizamos a utilização de uma fonte primária ou secundária de informação que permitisse maior contextualização sócio-histórica e/ou ídeo-política do fenômeno em estudo.

Nesse estudo, as fontes de informações secundárias foram:

- 1) Relatórios fornecidos pelo Ministério da Saúde, disponíveis no Datasus⁶⁵ e dados do sistema de informações de saúde (Tabnet⁶⁶), referentes ao valor médio pago nas AIHs e quantidade de consultas médicas, número de profissionais de saúde, número de leitos hospitalares e distribuição de leitos hospitalares, valor médio pago por internação hospitalar;
- 2) Dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops)⁶⁷ referentes aos gastos com ações e serviços de saúde federais, gastos com ações e serviços de saúde estaduais, gastos com ações e serviços públicos de saúde per capita, gastos com ações e serviços públicos de saúde como proporção do PIB, número de procedimentos diagnósticos por consulta médica (SUS);
- 3) Portal da Transparência, através dos balanços financeiros de gastos do governo de Pernambuco (Licitações⁶⁸; Contratos⁶⁹; despesas e receitas⁷⁰);
- 4) Relatórios de gestão estadual de saúde⁷¹ referentes aos planos estaduais de saúde de 2008-2011 e 2012-2015⁷²;

⁶⁵Departamento de Informática do SUS (Datasus).

⁶⁶TabNet constitui um dos componentes básicos dos Sistemas de Informações do Sistema Único de Saúde agregado ao DataSUS. É um programa elaborado com a finalidade de permitir às equipes técnicas do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde a realização de tabulações rápidas sobre os arquivos. Constitui um dos os componentes básicos dos Sistemas de Informações do Sistema Único de Saúde.

⁶⁷O banco de dados do Siops é alimentado diretamente pelas unidades da federação e municípios, por meio de software desenvolvido pelo Datasus.

⁶⁸ Disponível no Portal da Transparência.

⁶⁹ Idem.

⁷⁰ Ibidem.

⁷¹ Disponível em <http://portal.saude.pe.gov.br/informacoes-em-saude/> Acesso em: 18/02/2013

- 5) Documento da Seplag transformando a gestão pública em Pernambuco: Modelo de Gestão Todos por Pernambuco⁷³;
- 6) Relatórios do Tribunal de Contas de Pernambuco (TCE/PE), através dos processos TC N° 1103199 e TC N° 1301899;
- 7) Portal da Assembleia Legislativa de PE;
- 8) Portal do IBGE referente aos dados da população, grau de urbanização, PIB nacional, PIB regional, tipo de população, cobertura populacional pelos planos/seguros de saúde, taxa de natalidade, taxa de mortalidade, anos de vida esperados;
- 9) Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Pnad relativa à taxa de analfabetismo, renda média per capita, índice de Gini e taxa de desemprego;
- 10) Ministério da Saúde, referente ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);
- 11) Portal de campanha do governador Eduardo Campos.

O portal de campanha do candidato a governador⁷⁴ também foi utilizado como fonte de coleta de dados e análise. Sua utilização se justifica por possuir informações atualizadas sobre o modelo privatizante de gestão hospitalar dito como "novo modelo de gestão", que foi um ponto forte amplamente utilizado na disputa eleitoral para o governo do Estado.

Com o objetivo de conhecer a realidade do Estado de Pernambuco, coletamos e analisamos algumas informações de saúde no Datasus, tais como:

- a) Informações demográficas e socioeconômicas (PIB, taxa de desemprego, renda *per capita* anual, analfabetismo);
- b) Informações epidemiológicas (mortalidade e natalidade);
- c) Cadastros da rede assistencial (número de profissionais, número de leitos hospitalares, gastos com ações de saúde, valor médio pago pelas internações hospitalares, quantidade de consultas médicas, número de internações hospitalares, número de procedimentos de diagnósticos);

⁷² Portal da secretaria estadual de saúde de Pernambuco Disponível em <http://portal.saude.pe.gov.br/noticias/ms-e-ses-discutem-novo-modelo-de-gestao-do-sus/> Acesso em: 10/04/2013.

⁷³ Disponível em: http://www.seplag.pe.gov.br/c/publicador_repositorio_documento/get_file?p_l_id=37791&folderId=38137&name=DLFE-2423.pdf Acesso em: 23/07/2013.

⁷⁴ Disponível em <http://www.eduardocampos40.com.br> Acesso em: 15/06/2013.

d) Saúde suplementar (cobertura populacional por planos privados).

Após a definição dos dados a serem analisados, utilizamos como fonte de coleta o TABNET⁷⁵, o qual nos permitiu conhecer o número de atendimentos de média e alta complexidade para os hospitais de Pernambuco que fizeram parte do estudo, bem como nos ajudou a chegar ao custo, aproximado, de um atendimento nos dois tipos de gestão.

No site da Secretaria Estadual de Saúde, coletamos informações referentes às Unidades de Pronto Atendimento (UPA), bem como aos novos hospitais públicos e às OSs responsáveis pela sua gestão.

Na página eletrônica do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) obtivemos informações alusivas aos dois hospitais da amostra da pesquisa, particularmente sobre as especialidades médicas e a quantidade de leitos existentes.

Com o objetivo de apreender o fundo público da saúde e proceder à análise da alocação para as OSs, utilizamos como fonte de coleta o Portal da Transparência. Nessa etapa da pesquisa, buscamos coletar informações referentes a:

- a) Receitas e gastos do Estado com o setor saúde;
- b) Despesas de detalhamento por credor tanto para os hospitais com gestão pública como os com gestão pelas OSs, relativos aos valores pagos;
- c) Outros gastos referentes à área da saúde.

O período de estudo da alocação dos recursos públicos da saúde em Pernambuco teve início no ano de 2010, pelo fato da inserção do modelo privatizante de gestão ter começado no final do ano de 2009, com a inauguração do Hospital Miguel Arraes e, a partir de 2010, começou a ter informações sobre os seus gastos, que permitiu ser feita sua análise. Neste mesmo ano, foram inauguradas diversas UPAs. Como recorte final foi estabelecido o ano de 2012, devido aos dados disponibilizados, no Portal da Transparência, estarem completos até este ano, no período de levantamento dos dados. Os anos de 2013 e 2014 apresentaram inconsistência e não possuíam informações que permitisse ser feito o comparativo

⁷⁵Esse tabulador de dados permite ao pesquisador gerar tabela e produzir gráficos e mapas a partir dos indicadores, ano e localidade selecionados.

entre os Hospitais estudados, por não constarem o total das notas de empenhos. Posteriormente, apesar da possibilidade das notas de empenho passarem da condição de inconsistentes para consistentes, não foram incluídas devido ao enorme volume de dados para ser analisados e que requeria muito tempo para análise e formatação.

Os relatórios do TCE/PE, disponibilizados online, proveram a coleta de dados da pesquisa com informações referentes aos problemas encontrados na prestação dos serviços de saúde e com o demonstrativo dos valores pactuados com tais organizações.

No site da Assembleia Legislativa tivemos acesso às leis e seus conteúdos, que ajudaram a apreender as transformações ocorridas em Pernambuco, fundamentais para a realização da contrarreforma no setor saúde.

Ao término da coleta de dados, passamos para a etapa da sistematização dos dados, a partir da análise das informações contidas nos documentos. Buscamos apreender os elementos que permitissem ir além da contextualização dos fatos em determinados momentos, conforme explicado por Moreira (2005).

Essa etapa, definida nesse estudo como análise documental, representou um conjunto de operações intelectuais que visou a descrição e representação dos documentos de uma forma unificada e sistemática, para facilitar sua recuperação (OLIVEIRA, 2007). O objetivo foi analisar o conteúdo de maneira distinta do original com o intuito de garantir que a informação possibilitasse ao pesquisador interagir por meio da combinação de informações, difusão e uso dos dados, conteúdos, temas e conceitos.

3.3 O Estado de Pernambuco

Em 2014, a população estimada de Pernambuco, segundo dados do IBGE⁷⁶ (2013), era de 9.277.727. Nas últimas duas décadas, o crescimento populacional do Estado foi de aproximadamente 30%. Mesmo com esse percentual de aumento, comparando-se com o Brasil, a população vem diminuindo, pois, em 2000, o

⁷⁶ <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pe>

percentual era 4,66% e, em 2014, pelas estimativas, passou para 4,57% da população brasileira.

A população pernambucana, em 2012, era predominantemente urbana, com 80,9%. Esse percentual estava abaixo da média nacional, de 84,8%, embora essa diferença venha sofrendo diminuição. Entendemos que essa migração para as cidades pode trazer diversos problemas, como a falta de acesso ao saneamento, transporte coletivo, habitação, emprego, saúde, educação, entre outros.

De acordo com o IBGE, a taxa de natalidade do ano de 2011 foi de 16,6%, a menor desde o ano 2000, mas ainda acima da média do Brasil, de 15,6%. Um fato a se observar é que, de 2000 até 2004, Pernambuco possuía uma taxa menor que a média nacional, mas nos anos seguintes esta ficou superior. A taxa de mortalidade geral sofreu diminuição entre 2000 e 2006 e manteve-se quase constante de 2008 a 2011. Nesse último ano, alcançou um percentual de 6,6%, sempre acima da média⁷⁷ do Brasil, que foi de 6,3% para o ano de 2011.

Ademais, a taxa de analfabetismo da população com 15 anos ou mais, no ano de 2012, foi de 16,74%, bastante superior à média nacional, com 8,67%. Embora este percentual tenha diminuído, significa que, em Pernambuco, atualmente, baseado na projeção da população para 2014, existem 1.553.091 pessoas analfabetas⁷⁸.

O PIB, que representa a soma (em valores monetários) de todos os bens e serviços finais produzidos, vem aumentando desde 2000⁷⁹, quando era de R\$1,179 bilhões, e, em 2012, passou para R\$ 4,403 bilhões, ou seja, um crescimento de 373,5%.

A renda média per capita por domicílio sofreu variação desde 2000, mas sempre esteve abaixo da média nacional⁸⁰. Os dados do Índice de Gini⁸¹ de 2012,

⁷⁷ Fonte: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 2001-2009, 2011-2012.

⁷⁸ Idem.

⁷⁹ Fonte: IBGE. Contas regionais 2005-2009. Série Retropolada 1995-2009. Elaborada em parceria com os órgãos Estaduais de Estatística, Secretarias Estaduais de Governo e Superintendência da Zona Franca de Manaus (Suframa).

⁸⁰ Fonte: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Pnad 2001-2009, 2011-2012.

⁸¹ O Índice de Gini mede a distribuição de renda entre a população de um determinado grupo. É um coeficiente utilizado para medir o grau de desigualdade na distribuição dos indivíduos, segundo a renda domiciliar per capita e, desta forma, aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Esse índice varia de zero a um, onde zero representa nenhuma desigualdade entre

relativos ao Estado de Pernambuco, foram de 0,5070, o que confirma que esse coeficiente sofreu redução ao longo dos anos, porém, ainda existe uma concentração de renda e a desigualdade econômica permanece alta.

Com relação à taxa de desemprego, no ano de 2012 foi de 9,52%, representando 3,47% acima da média nacional, com um percentual de 6,05%, embora este índice não tenha ficado abaixo da média do Brasil⁸².

O número de profissionais de saúde, por mil habitantes, no ano de 2010, foi de 1,37. Essa média ficou aquém da nacional, de 1,86. Comparando com o ano de 2009, enquanto no Brasil houve aumento, em Pernambuco houve diminuição desse número⁸³.

Um estudo promovido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com o tema "Uma verdade universal: não há saúde sem profissionais"⁸⁴, mostrou que o Brasil possui o quantitativo de profissionais de saúde suficiente para atender às demandas da população, mas apontou o problema de desigualdade entre as regiões. Conforme o relatório, o número de profissionais atuantes no país é inferior ao mínimo estabelecido pela OMS, que é de 22,8 profissionais de saúde para cada 10 mil, ou 2,28 para cada mil habitantes. Com isso, podemos afirmar que, tanto Pernambuco, como o Brasil, se encontram abaixo deste mínimo estabelecido⁸⁵.

Com relação ao número de leitos hospitalares (SUS) de prestadores públicos e privados, por mil habitantes, no ano de 2012, a média foi de 2,33, similar à média nacional, de 2,35. É importante observar que, entre 2005 e 2010, Pernambuco sempre esteve acima da média nacional, mas a partir de 2011 começou a apresentar diminuição. De acordo com a OMS, o índice mínimo recomendado é de 2,5 a 3,0 leitos para cada grupo de 1.000 habitantes, que também é seguido pelo

os indivíduos, ou seja, todos possuem uma renda de mesmo valor, e um equivale à desigualdade máxima, em que um indivíduo detém a maior parte da renda da sociedade, enquanto a dos demais é nula. Apesar de ser utilizado para medir a desigualdade de distribuição de renda, o índice de Gini é um coeficiente criado para medir qualquer distribuição, e uma medida para identificar a desigualdade.

⁸² Fonte: IBGE. Censos demográficos 1991, 2000 e 2010.

⁸³ Fonte: Ministério da Saúde/SGTES/Degerts/Conprof - Conselhos profissionais.

⁸⁴ Disponível em: http://www.amb.org.br/_arquivos/_downloads/442397001384279240_Resumo_Estudo_OMS_UmaVerdadeUniversal.pdf Acesso em: 22/12/2013.

⁸⁵ Fonte: Ministério da Saúde/SGTES/Degerts/Conprof - Conselhos profissionais.

Ministério da Saúde⁸⁶. Assim, podemos afirmar que tanto Pernambuco como o Brasil estão abaixo do recomendado⁸⁷.

A OCDE⁸⁸, em seu relatório do ano de 2010, mostrou que o Brasil estava abaixo da média dos países membros, que possuíam uma média de 4,8 leitos por mil habitantes. Baseados nesses dados e fazendo um comparativo, com base no ano de 2012, verificamos que o índice do Brasil se encontra abaixo do índice médio apresentado e Pernambuco mostra uma situação mais grave, pelo fato de estar abaixo da média brasileira.

Para entender o contexto de Pernambuco, em levantamento do número de leitos hospitalares, por quantidade, tipo de prestador e esfera administrativa, e comparando o ano de 2012 com o de 2011, verificamos que o número de leitos disponibilizados pela esfera estadual sofreu aumento, enquanto no âmbito municipal e no setor privado houve diminuição, conforme podemos observar na Tabela 2:

Tabela 2 - Distribuição de leitos hospitalares, em Pernambuco, segundo a esfera administrativa e o tipo de prestador - CNES/MS de 2011 a 2012

ANO	PERNAMBUCO										
	Total		Federal		Estadual		Municipal		Privada		
	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%	
2012	20.844	479	2,3	5.860	28,1	4.841	23,22	9.664	46,4		
2011	20.733	443	2,1	5.529	26,3	5.067	24,09	9.994	47,5		

Fonte: Elaboração própria.

Cabe aqui observar que, na análise desses dados, deve ser considerada a redução do número de leitos⁸⁹ de psiquiatria, desde 2002. Uma vez que, segundo

⁸⁶ Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm> Acesso em: 10/01/2014.

⁸⁷ Fonte: Ministério da Saúde/SAS - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de 2005 a 2012⁸⁷. Ministério da Saúde/SAS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) de 2000 a 2003.

⁸⁸ Disponível em: <http://www.oecd.org/health/health-systems/Briefing-Note-BRAZIL-2013.pdf> acesso em: 01/02/2014.

⁸⁹ O deputado Paulo Delgado, integrante do movimento em defesa da desinstitucionalização dos pacientes que apresentam transtornos mentais, criou o Projeto de Lei nº. 3.657/1989 que foi sancionado em 2001, pela Lei nº 10.216. Essa lei, conhecida como Reforma Psiquiátrica, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, que prevê a redução progressiva de leitos públicos e privados, bem como a reinserção social dos pacientes psiquiátricos.

dados do MS, o Brasil em 2002 possuía 52.393 e, em 2010, reduziu para 32.735 leitos, ou seja, cerca de 18.000 leitos psiquiátricos de baixa qualidade assistencial foram fechados no período entre dezembro de 2002 e 2010, através do PNASH/Psiquiatria (Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares) e do PRH (Programa de Reestruturação da Assistência Hospitalar). No mesmo período, foi significativa a expansão da rede de atenção comunitária (BRASIL, 2011).

No Brasil, em 2012, existiam 181 hospitais psiquiátricos, com um total de 29.958 leitos, ou 0,159 leitos por habitante. No mesmo ano, Pernambuco tinha uma população de 8.796,032, 07 hospitais gerais com 68 leitos para internação na especialidade (BRASIL, 2012b, p. 14). Além disso, o Estado possui 10 hospitais psiquiátricos, totalizando 1.359 leitos, ou 0,155 leitos por 1000 habitantes, inferior à média nacional (BRASIL, 2012b, p. 20).

Com relação ao gasto com ações e serviços de saúde como proporção do PIB, no período entre 2002 e 2010 temos que, no Brasil, no ano de 2002, o gasto total foi de 3,18% e, em Pernambuco, foi de 4,84%. Em 2010, houve um aumento neste percentual, tendo o governo estadual gasto 5,29% e o governo federal 3,67% do PIB⁹⁰.

Em Pernambuco, com relação ao gasto com ações e serviços públicos de saúde per capita, como proporção do PIB, verificamos um aumento. Em 2002, o valor foi de R\$ 211,17, e a média do Brasil, R\$ 269,39. No ano de 2012, o valor em Pernambuco foi de R\$ 667,86 e a média do Brasil foi R\$ 903,62. Mesmo as duas médias tendo um expressivo aumento, existe uma diferença de 35,28% menor em Pernambuco com relação à média do Brasil⁹¹.

O valor médio pago em Autorização de Internação Hospitalar (AIH), em 2012, no Estado de Pernambuco foi de R\$ 1.029,05, sendo que foram realizados 526.687 internamentos, totalizando R\$ 541.987.257,35 no SUS. No mesmo período, no

⁹⁰ Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria Executiva/Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento/Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS (Gasto Estadual e Municipal); Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO/SE) e Fundo Nacional de Saúde - FNS (Gasto Federal) e IBGE (PIB regional).

⁹¹Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria Executiva/Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento/Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS (Gasto Estadual e Municipal); SPO/SE e Fundo Nacional de Saúde - FNS (Gasto Federal).

Brasil, o valor médio pago por AIH foi R\$ 1.050,80, e foram aprovadas o quantitativo de 11.092.589, que totalizou R\$ 11.656.092.521⁹².

A média da quantidade de consultas médicas realizadas pelo SUS, por habitante, em Pernambuco, no ano de 2012, foi de 2,41 por habitante. Para este mesmo ano, no Brasil, foram realizadas ao todo 536.983.914 consultas, que representam uma média de 2,77⁹³ consultas por habitante. Comparando com o ano de 2000, Pernambuco teve um aumento, pois neste ano a média foi de 2,12 consultas por habitante e no Brasil também ocorreu aumento, pois esta média foi de 2,25.

O número de internações hospitalares (SUS)⁹⁴, em média, por 100 habitantes, tanto em Pernambuco como no Brasil, apresentou diminuição durante esse período. No ano 2000, Pernambuco teve 560.111 internações por habitante, ou seja, 7,07 por 100 habitantes, e, em 2012, o Estado registrou 516.710 internações, isto é, 5,79 por 100 habitantes. No Brasil, no ano 2000, ocorreram 11.917.430 internações autorizadas, ou 7,02 por 100 habitantes. Em 2012, foram autorizadas 11.002.903 internações por habitante, ou, 5,67 por 100 habitantes

No que se refere ao número de procedimentos diagnósticos por consulta médica (SUS)⁹⁵ em Pernambuco, em 2000, foram 16.750.679 procedimentos diagnósticos: uma média de 2,42 por habitante. Em 2012, foram realizados 21.491.691, que representa 2,41 por habitante. No Brasil, em 2000, foram autorizados 382.376.271, ou 2,25 por habitante. Em 2012, ao todo, 536.983.914, ou 2,77 por habitante⁹⁶.

Com relação à cobertura populacional pelos planos/seguros de saúde, em Pernambuco, observamos aumento desde o ano 2000. Além disso, evidenciamos que a ampliação da cobertura passou de 10,89%, em 2000, para 17,28% em 2012,

⁹² Fonte: Ministério da Saúde/SE/Datasus - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

⁹³ Fonte: Ministério da Saúde/SE/Datasus - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

⁹⁴ Considera-se a redução de internações por leitos especializados em psiquiatria. Cf: BRASIL (2011; 2012a).

⁹⁵ O número médio de procedimentos diagnósticos, de patologia clínica ou de imagenologia por consulta médica, apresentado no SUS em determinado espaço geográfico, no ano considerado, medindo a relação entre a produção de procedimentos diagnósticos e as consultas médicas realizadas no SUS.

⁹⁶ Fonte: Ministério da Saúde/SE/Datasus .SIA/SUS.

ou seja, um ganho percentual de 6,39% no Estado. No mesmo período, a média nacional passou de 18,24 para 25,10, uma elevação de 8,86%, quando relacionada à população total e à cobertura populacional⁹⁷.

A partir dos dados apresentados, verificamos que, em Pernambuco, de 2000 a 2012, houve um aumento do PIB de 373,5%. Dessa forma, se por um lado observamos um aumento, como proporção do PIB, com relação ao gasto com ações e serviços públicos de saúde per capita, por outro lado também ocorreu uma diminuição de diversos dados, tais como o número de profissionais em saúde, de leitos hospitalares, de internações hospitalares e de procedimentos diagnósticos por consulta médica.

Em face do aumento do fundo público oferecido para a área de saúde em Pernambuco e na intenção de entender como ocorreu essa alocação, o próximo item procura analisar a arquitetura do modelo de gestão do Estado de Pernambuco proposto para o setor de saúde. A análise tem a finalidade de entender o direcionamento dessa alocação, pois foi esse plano que criou e iniciou as condições para a apropriação do erário pela iniciativa privada.

3.4 Arquitetura do modelo de gestão do setor saúde em Pernambuco

Com o objetivo de apreender a arquitetura do modelo de gestão de saúde de Pernambuco analisamos os dois planos estaduais de saúde referentes ao período de 2008 a 2015. Esses planos contêm a declaração pública das intenções e os resultados a serem buscados pela gestão que fez a proposta de planejamento que o governo pretendeu executar, e executou, para a área de saúde do Estado.

No período de 2008 a 2011, segundo a Secretaria Estadual de Saúde (SES), na elaboração do Plano Estadual de Saúde de Pernambuco (PES/PE) foi realizado um diagnóstico da situação da saúde, com a participação de diversos setores da SES, do Colegiado de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) e com representação da sociedade civil organizada, representada pelo Conselho Estadual

⁹⁷ Fonte: Ministério da Saúde/Agência Nacional de Saúde - Sistema de Informações de Beneficiários IBGE- Base demográfica.

de Saúde (CES). Nesse sentido, a SES/PE definiu os seguintes eixos prioritários, a saber:

- i. Atenção à saúde (políticas específicas e organização das ações e serviços de saúde),
- ii. Condicionantes e determinantes,
- iii. Gestão em saúde,
- iv. Gestão do trabalho,
- v. Vigilância em saúde
- vi. Controle social.

Dessa forma, a SES/PE, na elaboração do plano, utiliza a Matriz do Sistema de Planejamento do SUS como instrumento para identificar os objetivos, as diretrizes e as metas de cada eixo prioritário contido no plano. As informações que formaram essa matriz foram feitas com o uso de diversos documentos, tais como: o Plano Plurianual (PPA 2008-2011), o Plano de Ação de 2007 da SES, as propostas aprovadas durante a 6ª Conferência Estadual de Saúde, o Relatório Anual de Gestão de 2006 e a versão preliminar do ano de 2007, o Pacto pela Saúde, o PES de 2005 a 2007 e as legislações pertinentes.

Como indicamos anteriormente, Sanches (2007) argumenta ⁹⁸ que a implementação de uma política pública reflete a correlação de forças entre os principais sujeitos políticos, conseqüentemente, interesses e disputas na divisão, distribuição e apropriação dos recursos públicos. Ou seja, disputa política na definição de áreas e setores prioritários de execução orçamentária⁹⁹.

Observamos que a definição do orçamento da saúde no Estado de Pernambuco seguiu a tendência internacional de contrarreforma, ao introduzir mudanças nas regras de distribuição do orçamento público. De acordo com Abrucio (2006), essa forma de estruturação do orçamento tenta implantar uma estratégia de competição administrada, instrumentalizada pelo novo desenho do processo de

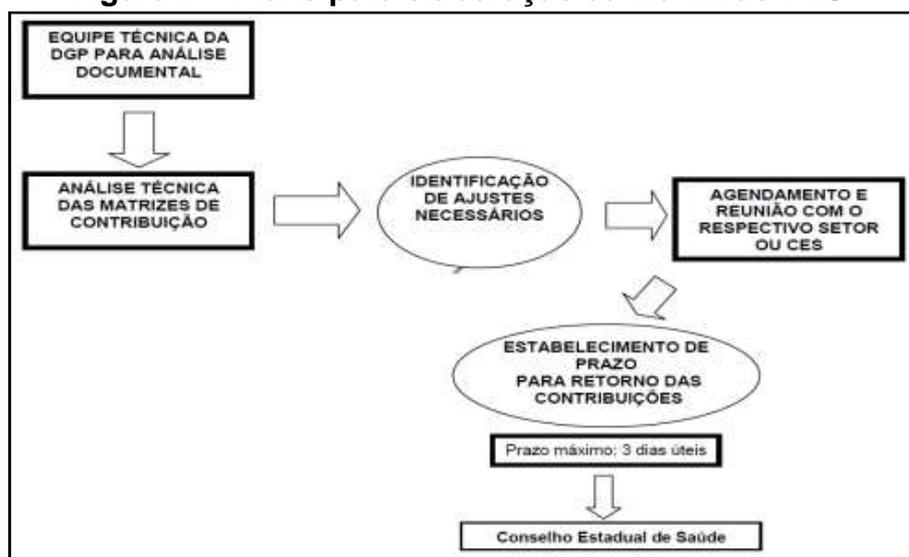
⁹⁸Para Sanches (2007), com a Constituição Federal de 1988, várias mudanças significativas nas regras do orçamento público ocorreram, por exemplo, a obrigatoriedade de elaborar o Plano Plurianual PPA, a Lei Orçamentária Anual (LOA) e a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO).

⁹⁹O PPA, a LDO e a LOA são leis instituídas pela Constituição Federal - art. 165. A LDO deve ser compatível com o PPA e estabelece, entre outros, o conjunto de metas e prioridades da Administração Pública Federal e orienta a elaboração da LOA para o ano seguinte. A LOA é referente aos orçamentos fiscal, da seguridade social e de investimentos das estatais. O vínculo da LOA com o PPA é por meio dos programas e do plano a que estão associadas as ações da LOA. Existe a exigência da compatibilidade entre o PPA, a LDO e a LOA.

planejamento e orçamento. Os métodos gerenciais utilizados, ao enfatizar a centralidade do controle dos resultados da ação governamental, ao adotar indicadores de desempenho e processos de avaliação sistemáticos como parâmetros da ação administrativa, ao fomentar a introdução de uma cultura voltada à satisfação das metas públicas e, finalmente, ao ser feito um contrato das responsabilidades de cada órgão segundo objetivos claramente definidos em sistemas de indicadores, buscaram impor uma nova estrutura de incentivos no âmbito da administração pública pela avaliação dos resultados da ação dos diversos órgãos, bem como dos possíveis impactos orçamentários que tais resultados poderiam acarretar.

Destacamos que o processo de elaboração da matriz começou na Diretoria-Geral de Planejamento (DGP), conforme se observa na figura 2, composta por 40 profissionais que tinham a visão geral e sistêmica do funcionamento do SUS e coordenavam o processo de captação, disponibilização orçamentária e financeira dos recursos. Essa diretoria ficou responsável pela coordenação da gestão estadual, informações em saúde (banco de dados de internações hospitalares – AIH, por exemplo), orçamento, Comissão Intergestora Bipartite – CIB (formada por municípios e Estado) e serviu como ligação entre a SES e o CES.

Figura 2 - Fluxo para elaboração da Matriz do PES



Fonte: Plano Estadual de Saúde/PE – 2008/2011.

Conforme exposto no documento, o objetivo geral foi Instrumentalizar a gestão para o gerenciamento do SUS, no âmbito estadual, durante quatro anos, com

a finalidade de expressar a análise da situação atual, seguida de objetivos, diretrizes e metas, construídos com a participação de gestores e técnicos do SUS, bem como do controle social estadual, a partir da definição de prioridades e em conformidade com os princípios do Sistema Único: universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e participação da sociedade.

No diagnóstico realizado, a Secretaria de Saúde afirma que o Estado de Pernambuco possui uma peculiaridade na sua capital, Recife, considerada pelo MS como o segundo maior pólo médico¹⁰⁰ do Norte/Nordeste do País. Além disso, possuía um fluxo desordenado de pessoas, demanda não programada, frágil pactuação de procedimentos e serviços entre os gestores, bem como uma incipiente regulação do acesso aos serviços pelo sistema de saúde, que ocasionavam ineficiência ou pouca resolubilidade, características comuns às metrópoles.

As causas desses problemas não foram indicadas, apenas se utilizou o termo ineficiência para demonstrar que o atual modelo de gestão utilizado não alcançou os resultados esperados. Conforme o PES (2008-2011):

No que se refere ao modelo de gestão do SUS, várias reuniões e plenária de saúde acerca de implantação de consórcios intermunicipais foram realizadas, no entanto o Estado ainda não aderiu a essa forma de gestão o que faz necessária a retomada das discussões sobre o tema (PES 2008-2011, p. 85).

Dessa forma, podemos visualizar esse discurso como o início para a adesão ao modelo privatizante de gestão, semelhante ao defendido pelo Plano Diretor de Reforma Administrativa do Estado de 1995, o qual apresentava a necessidade de mudanças pela existência de um Estado burocrático ineficiente e que não conseguia realizar uma gestão pública voltada aos interesses da sociedade (BRASIL, 1995).

Segundo Bresser-Pereira (2000), a implantação da reforma gerencial, um novo modelo de gestão pública, visa alcançar a capacidade de formular políticas públicas e exercer atividades de regulação e controle do Estado na provisão dos serviços.

Uma vez que reforma gerencial representa um passo adiante em relação à reforma burocrática, ela adota novas formas de controle ou responsabilização. [...] A administração por resultados é uma forma de descentralização: a secretaria supervisora, define os objetivos e os indicadores de desempenho, com a participação da agência ou de seu gerente, que tem assegurada a autonomia administrativa — pessoal e financeira — para realizá-los (BRESSER-PEREIRA, 2008b, p. 401).

¹⁰⁰ Cf. Lima; Lima (2006).

Nessa tendência, o PES/PE evidenciou que o princípio da integralidade da atenção do SUS foi um ponto crítico que precisava ser enfrentado para ampliar o acesso da população aos serviços de saúde. A estruturação de redes de referência especializada, a partir da Atenção Primária, que tinha como princípio a hierarquização do Sistema de Saúde, constituiu um aspecto central para a organização do SUS em Pernambuco, uma vez que as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua, deveriam ser executadas pelo Programa de Saúde da Família, atualmente Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Mesmo com o argumento da ineficiência da gestão pública, o plano constatou que os usuários procuravam as principais emergências e, apesar de suas longas filas com corredores superlotados, eram bastante resolutivas. A ESF continuava a ser a porta de entrada para o Sistema de Saúde sem, no entanto, focar a sua implantação em populações que viviam em situações de iniquidades¹⁰¹ em saúde. Do mesmo modo, continuava sem realizar o monitoramento e avaliação da qualidade de suas ações.

Em relação à assistência hospitalar de alta complexidade, o diagnóstico contido no plano mostrou que o Estado possuía uma distribuição heterogênea de serviços de saúde, em que a maioria se localizava na Região Metropolitana do Recife e esse fato representava um grave problema de acessibilidade da população aos serviços de média e alta complexidade. Os serviços de alta complexidade necessitavam de recursos tecnológicos de última geração, tais como cirurgia cardiovascular, neurocirurgia, oncologia, nefrologia, traumato-ortopedia, entre outros. Assim, o aumento da resolutividade e a garantia do acesso aos serviços representariam um desafio constante e passaram a ser uma das metas do PES/PE.

Segundo Soares (2014), o gasto do Ministério da Saúde com atenção básica per capita em 2009 foi de R\$ 65,40, e com média e alta complexidade, R\$ 156,70. Como a alta complexidade necessita de maior investimento, vemos um direcionamento do PES/PE para esse tipo de atendimento pelo fato de as ações de atenção básica serem de baixo custo, ou seja, a diferença de investimento em favor da média e alta complexidade revelou a preponderância da assistência no interior do

¹⁰¹ São as desigualdades de saúde que, além de sistemáticas, são evitáveis, injustas e desnecessárias (WHITEHEAD, 1992).

sistema e, além disso, expressou a precarização da política, tanto na atenção básica quanto no âmbito da assistência secundária e terciária.

A gestão em saúde do PES evidenciou ter como prioridade o planejamento, a descentralização/regionalização, o financiamento, a participação social, a gestão do trabalho em saúde, a educação em saúde, a informação em saúde e a infraestrutura. Essas necessidades foram embasadas no estudo realizado em 2006 pelo MS, o qual demonstrou um quadro de fragilidade na estrutura do planejamento do Estado de Pernambuco, justificado pela ausência da “cultura do planejar”, que não permitia o avanço do Governo na efetivação da ação de planejamento e comprometia o alcance de resultados positivos na estruturação dos serviços de saúde.

Podemos também verificar a interferência do Governo Federal para que os estados sigam o modelo proposto pelo MS. Embora não seja explícito, são demonstrados indícios que esse padrão foi embasado no modelo indicado na Reforma Administrativa do Aparelho do Estado do Mare, que tem como foco os resultados e a flexibilização gerencial. Isso pode ser percebido quando o PES 2008-2011 informa a necessidade de mudança desse cenário de gestão e na perspectiva de mudar esta situação. O próprio documento informa ter recebido incentivos financeiros do MS atrelados a programas de trabalho para a sua consolidação, além da participação efetiva de técnicos municipais e estaduais em todas as atividades promovidas pelo MS com a finalidade de implantar esta mudança.

Nessa perspectiva, o plano apontou as linhas de ação estratégicas que iriam subsidiar e contribuir para a mudança desse quadro, como as capacitações e os cursos de curta duração contando com incentivos financeiros do MS e vinculados a programas de trabalho para a sua consolidação, com a participação efetiva de técnicos municipais e estaduais nas atividades promovidas pelo MS. Essa ação demonstra como o governo estadual preparou os gestores para atuar como consultores treinados do MS. Ressaltamos aqui a forte influência do documento do Banco Mundial (BANCO MUNDIAL, 2007) “Governança do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro: Fortalecendo a Qualidade do Investimento Público e da Gestão de Recursos”, com foco na qualidade da gestão e na racionalização do gasto público pela atuação de consultores preparados para propagar essas ideias.

Para o governo estadual, o Pacto pela Saúde foi o resultado do processo de negociação que envolveu os compromissos da operacionalização do SUS entre

gestores das três esferas do governo, com a finalidade de superar problemas políticos, técnicos e administrativos a fim de permitir o estabelecimento de compromissos e metas sanitárias tanto no controle de doenças quanto na utilização de uma gestão mais qualificada das unidades para as populações que necessitassem de atendimento diferenciado. Com essa estratégia, seria possível atingir o objetivo da equidade. Nesse processo, o Estado de Pernambuco, por meio da SES, estabeleceu compromissos políticos envolvendo os municípios, no intuito de consolidar as discussões compartilhadas entre gestores, trabalhadores e usuários do SUS.

Com a finalidade de verificar a adesão ao modelo e sua aplicabilidade, a Secretaria de Saúde Estadual, anualmente, iria acompanhar o processo de pactuação dos indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde do Estado e de todos os municípios, definidos pelo MS e pela SES/PE. O objetivo seria atingir as metas preestabelecidas, e não o atendimento das necessidades existentes, pois o foco era realizar o estabelecido dentro do orçamento disponibilizado para a área de saúde existente na LOA.

Conforme Bresser-Pereira (2000), a administração pública gerencial orientase, basicamente, pelo controle dos resultados, ao invés do controle passo a passo das normas e procedimentos, como fazia o modelo burocrático weberiano. Ou seja, o modelo de gestão do Estado seguiu o receituário neoliberal, como visto na proposta de projetos básicos de reforma do aparelho do Estado.

Em face disto, a adoção das diretrizes de planejamento, descentralização/regionalização, financiamento, participação social, gestão do trabalho em saúde, educação em saúde, informação em saúde e infraestrutura, de acordo com a SES/PE, priorizaria a descentralização do processo de regulação, controle e avaliação dos serviços de saúde para as Gerências Regionais de Saúde (Geres) e municípios, contribuindo, assim, para o acesso organizado dos usuários do SUS de forma universal, descentralizada e equânime na assistência ao parto, nas transferências inter-hospitalares das principais emergências e na assistência em terapia intensiva; na avaliação da organização do sistema e na reorganização do modelo de assistência, a partir da atenção básica e do modelo de gestão; na otimização dos recursos financeiros aplicados na saúde. Assim, consolidaria a interiorização da assistência à saúde.

Destarte, verificamos a utilização das ideias propostas pelo Mare (BRASIL, 1995), agora mediante a elaboração de projetos adicionais da reforma do aparelho do Estado, em que ocorreu o provimento de uma moderna rede de comunicação de dados, gerando uma interligação de forma segura e ágil, voltada à administração pública, que permitiu o compartilhamento adequado das informações e contribuiria para uma melhor transparência e eficiência na condução dos serviços públicos. Ou seja, todos os projetos adicionais forneceram subsídios para que os serviços públicos fossem tratados como negócio e tinham no orçamento disponibilizado o limite que guiaria as políticas sociais.

Nesse modelo, o foco do plano foi na flexibilização organizacional, vista como capaz de tornar os governos ágeis e criar uma rede de relações mais democráticas entre a prestação dos serviços públicos e a sociedade, isto é, os cidadãos passariam a ser vistos como cidadãos-consumidores. Para isso acontecer, houve uma articulação para permitir a implantação de um modelo contratual e competitivo de ação estatal, o qual se utilizou do argumento de aumentar a eficiência e a efetividade das políticas. Esse processo de descentralização, segundo Campos (2006), não procurou romper com a lógica do mercado, pelo contrário, reproduziu-a, por permitir a contratação de prestadores privados, delegar aos municípios e, às vezes, aos Estados, o papel de contratar, regular e acompanhar o desempenho de uma rede de serviços, que tendia a ser fortemente fragmentada.

Entendemos que, contraditoriamente, o planejamento apresentou uma organização incipiente, embora evidenciasse a intenção de fundamentá-lo de acordo com as bases do planejamento estratégico situacional do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)¹⁰².

Além disso, a análise do Plano revelou a intenção de iniciar o processo contínuo de sensibilização dos gestores, técnicos e trabalhadores da saúde, no sentido de institucionalizar e divulgar a importância do planejamento estratégico para execução, controle e avaliação das ações e serviços de saúde.

¹⁰² O MS revisou todos os instrumentos de gestão do SUS e criou o PlanejaSUS, por meio da Portaria GM nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006. Esta revisão das diretrizes do planejamento acompanhou reformas institucionais implementadas, por meio do Pacto pela Saúde, com redefinição das responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e da busca da equidade social. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejaSUS_livro_1a6.pdf. Acesso em: 12/03/2014.

No entanto, Soares nos alerta para apreender o significado do que se coloca como novo, quando na verdade é um “ [...] movimento de transformismo das lideranças e de refuncionalização dos princípios do SUS e da reforma sanitária é tão intenso a ponto de evidenciarmos a configuração de um outro projeto, o projeto SUS possível¹⁰³” (SOARES, 2010b, p.53).

Observamos, ainda, que o plano teve como foco uma gestão mais eficiente e eficaz, porém não apresenta como, de fato, ela seria realizada. Outro fato importante é que o plano não fez referência à terceirização via contrato de gestão com as OSs para executar os serviços de saúde. Entretanto, em entrevista coletiva do vice-governador, João Lyra Neto, em setembro de 2009¹⁰⁴, naquela época também Secretário de Saúde, foram informados os principais pontos da seleção pública, que iria contratar uma OS para administrar o recém-construído Hospital Metropolitano Norte Miguel Arraes.

O vice-governador expôs ainda que, para adotar esse modelo em Pernambuco, ele mesmo fez mais de 20 viagens a outros estados, no intuito de verificar seu funcionamento, e citou a Bahia e São Paulo como exemplos de sucesso na implantação. Além disso, esclareceu que não se devia comparar o modelo de gestão de uma OS com a administração do Hospital do Câncer de Pernambuco (HCP), pois o HCP era uma instituição filantrópica que, desde 2007, estava sob a intervenção do Governo do Estado e, da mesma forma, não poderia ser comparada à gestão do Dom Malan, que esteve sob administração do Instituto Materno Infantil de Pernambuco (Imip). Ainda com a finalidade de justificar a adoção desse modelo, o vice-governador relatou que o HCP era uma instituição filantrópica com serviços contratados junto ao SUS. Informou também que essa unidade de saúde estava com sérios problemas e com perigo de fechar, devido à má administração e que, para resolver o problema, o governo investiu mais de R\$ 1,7 milhão para manter a unidade, naquela época sob intervenção.

¹⁰³ O projeto SUS possível, variação da contrarreforma da saúde,“ [...] é defendido pelas lideranças que, diante dos limites da política econômica, defendem a flexibilização da reforma sanitária, mas nomeiam esse processo como reatualização, modernização ou mesmo como continuidade daquela. Esse projeto, na verdade, termina por favorecer a ampliação dos espaços do projeto privatista e, apesar de suas lideranças não reconhecerem, os dois projetos compõem uma mesma unidade dialética e se imbricam mutuamente numa mesma racionalidade que, dessa vez, avança mais rapidamente na disputa hegemônica (SOARES, 2010b, p.53).

¹⁰⁴ Disponível em: <http://www.pinzon.com.br/index.php?i=5&c=1&n=716>. Acesso em: 27/10/2014.

O Plano Estadual de Saúde, quadriênio de 2012-2015, expressa o compromisso com as diretrizes do Governo Federal no Decreto nº 7.508/2011¹⁰⁵, definindo como prioritário na gestão do sistema a descentralização, a regionalização e a gestão por resultados.

Laurell (2008) afirma que o processo de descentralização nos moldes neoliberais não tem o objetivo de democratizar a ação pública, mas de introduzir mecanismos gerenciais e incentivar os processos de privatização e, para isso ocorrer, procura deixar em nível local a decisão de financiar, administrar e produzir os serviços. Concordamos com os argumentos da autora, pois, na elaboração do plano de saúde de Pernambuco ficou evidente que o foco da gestão foi a possibilidade de apropriação do fundo público para a iniciativa privada.

As prioridades da gestão da saúde foram orientadas e definidas pelo Modelo Integrado de Gestão (MIG), delineado na proposta “Todos por Pernambuco”¹⁰⁶, concluída em 2011. Este modelo foi considerado a principal ferramenta da gestão pública do Estado, que incluiu a realização de 12 seminários regionais, com 13.000 participantes; mais de 25.000 propostas precursoras de 400 metas incluídas no PPA 2012/2015.

Segundo o PES (2012-2015), de acordo com a SES/PE, a elaboração deste documento contou com a participação do CES, cuja função deliberativa e formuladora da política foi basilar para delinear as prioridades que geraram as diretrizes, objetivos e metas.

Na análise do plano, podemos verificar que as linhas do PES de 2007/2011 foram mantidas, ou seja, o foco principal foi a utilização de ferramentas gerenciais para atingir os objetivos traçados. Com isso, constatamos que continuaram os ideais de reforma do Estado, porém, com base na expansão das estratégias de contrarreforma da saúde via terceirização. Ao mesmo tempo, observamos que a SES/PE, em conformidade com a reforma do Estado, utilizou-se das metas do exercício anterior, que foram unificadas e configuradas no PPA de 2012-2015, para

¹⁰⁵ Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

¹⁰⁶ Disponível em: <http://www.seplag.pe.gov.br/web/tppe/docmg-documentacao-do-modelo-de-gestao#&panel1-1>. Acesso em: 12/10/2014.

atingir os objetivos traçados. A figura 3 apresenta a relação entre os programas utilizados para a elaboração da agenda estratégica.

Figura 3 - Programas utilizados para a elaboração da agenda estratégica



Fonte: Plano Estadual de Saúde de 2012 a 2015.

A partir das diretrizes e dos objetivos estratégicos traçados, a equipe gerencial e técnica da SES elaborou as metas a serem alcançadas para o período de 2012 a 2015.

As estratégias adotadas serviram de guia para a organização e funcionamento do modelo de gestão da SES com o argumento de que uma execução mais eficiente garantiria a qualificação de seus profissionais e servidores, bem como a unicidade de conhecimento e informações sobre as demandas e atribuições de cada área.

Os principais elementos encontrados na nossa análise são os mesmos que Laurell (2008) demonstrou no seu estudo, ou seja, o foco é cortar gastos com serviços públicos não estratégicos para o Estado; implementar programas de combate às endemias, focalizando a população mais vulnerável; seletividade dos segmentos e grupos e a descentralização de serviços com centralidade financeira.

Além disso, conforme Soares (2014), a introdução de novos modelos e instrumentos de planejamento veio proporcionar à gestão uma verdadeira profissionalização, que incorporou a racionalidade empresarial e administrativa no campo das políticas de saúde. Para a autora, dentre esses instrumentos é importante observar que o processo de repolitização da agenda política do setor

saúde perdeu o seu conteúdo político-emancipatório, conquistado com o Movimento de Reforma Sanitária que inscreveu o SUS na CF/88.

Apreendemos que, ao aderir aos modelos privatizantes de gestão de unidades hospitalares e introduzir novas configurações do planejar na saúde, é possível ocorrer na gestão pública a indução do atendimento na perspectiva produtivista, ou melhor, atendimento institucional por metas/quantidade.

Observamos ainda que, mediante a adoção das estratégias de contrarreforma do setor saúde, foi possível a construção de novas formas de controle sobre o trabalho, que teve um importante papel no fortalecimento do processo de contrarreforma. Nesses termos, concordamos com Mota (1995), quando afirma que, na arena política, busca-se obter o consentimento dos trabalhadores para o processo de flexibilização do movimento do capital, que subsidiou a formação de uma cultura indiferenciada de superação da crise, em prol da hegemonia capitalista.

Com o intuito de entender o processo de contrarreforma apresentamos, no quadro 4, suas estratégias para setor de saúde em Pernambuco.

Quadro 4 - Diretrizes do PES (2012 a 2015) e as evidências da contrarreforma

DIRETRIZES DO PES	EVIDÊNCIAS DA CONTRARREFORMA
Implantar modelos de gestão nas unidades da rede própria adequados às necessidades da população e dos trabalhadores.	<ul style="list-style-type: none"> • Cria um modelo de gestão para as unidades de saúde de alta complexidade, porém não é observada a ampliação da oferta de serviços assistenciais aos usuários do SUS. • Implanta um modelo privatizante de gerenciamento de unidades hospitalares regionais com ênfase da descentralização administrativa, entretanto mantém a centralidade financeira. • Operacionaliza o modelo privatizante de gestão, porém sem definir como se dará o controle social dos gastos. • Expande o modelo de gestão por OS, sem que essa ação conste do Plano Estadual de Saúde
Implantar o sistema de monitoramento e avaliação dos modelos de gerenciamento das unidades de saúde da rede própria.	<ul style="list-style-type: none"> • Mantém mais de um modelo de gerenciamento das unidades de saúde do SUS em Pernambuco. • Monitoramento das unidades geridas pelas Organizações Sociais (OSs), executado pela própria secretaria executiva de regulação em saúde, sem transparência e sem controle social. • Informa a necessidade de monitorar o modelo privatizante de gestão de unidades de saúde. Porém, verificou-se que não está explícita a adesão ao modelo privatizante de gestão para a saúde no plano estadual. Ressalta-se que apenas na diretriz de monitoramento foram citadas as necessidades de mudança, para justificar sua necessidade.

Fonte: Elaboração própria.

Salientamos que, embora, em 1995, tenha sido promulgada a Lei 11.292, que institucionalizou os contratos de gestão na relação entre as entidades da administração direta e indireta do Estado, somente em 1999, com a posse do Governador Jarbas Vasconcelos em seu primeiro mandato, foi criado o Plano de Modernização da Gestão e Reforma Institucional, conhecido genericamente como Reforma do Estado, que teve a finalidade de promover o ajuste fiscal e foi direcionado a seguir os pressupostos do Plano Diretor de Reforma do Estado do governo federal.

Ressaltamos que, no PES de 2008-2011, não ficou explícita a adoção das OSs como modelo privatizante de gestão. Entretanto, no PES de 2012-2015, esta estratégia ficou evidente, mesmo que sejam feitas poucas referências. Ou seja, a utilização das OSs, proposta nos meados da década de 90, começou a ser implantada em Pernambuco no ano 2000, através da Lei nº 11.743/2000¹⁰⁷, que regulamenta a prestação de serviços públicos não exclusivos por entidades privadas sem fins lucrativos, com o título de Organizações Sociais (OSs) ou Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips). Posteriormente, altera-se também a Lei nº 12.973/2005,¹⁰⁸ para melhor adequação e posterior expansão da terceirização dos serviços públicos não exclusivos do Estado, a exemplo da saúde e assistência social.

Observamos que, embora a Lei nº 11.743 tenha sido sancionada durante o governo de Jarbas Vasconcelos, no ano 2000, só foi a partir do governo de Eduardo Campos que esta começou a ser implantada como parte da reforma do Estado. Muito se difundiu em entrevistas nas cadeias de comunicação local e nacional sobre a criação de um "novo modelo" de gestão para a área de saúde, principalmente na sua campanha e no seu site. Contudo, ressaltamos novamente que, em nossa base empírica de coleta de dados, a qual adita vários documentos oficiais da SES/PE (relatórios de gestão, PES), só encontramos uma citação explícita do termo OS, conforme foi demonstrado.

¹⁰⁷ Sistematiza a prestação de serviços públicos não exclusivos, dispõe sobre a qualificação de Organizações Sociais e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público e o fomento às atividades sociais, e dá outras providências.

¹⁰⁸ Institui o Sistema Integrado de Prestação de Atividades Públicas Não-exclusivas, com a finalidade de disciplinar a atuação conjunta dos órgãos e entidades públicas, das entidades qualificadas como Organização Social ou como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público, e das entidades privadas, na realização de atividades públicas não exclusivas, mediante o estabelecimento de critérios para sua atuação, qualificação ou credenciamento e de mecanismos de coordenação, fiscalização e controle das atividades delegadas.

No PPA de 2008 a 2011 consta, na diretriz geral, o redimensionamento, reestruturação e melhoria da matriz organizacional da gestão do Estado como uma nova relação entre o governo e o cidadão. Apenas neste ponto encontramos referência sobre o apoio ao fortalecimento das OSs para a execução dessa diretriz e, assim, constatamos a direção ideopolítica a que o governo aderiu para a gestão das políticas sociais no Estado.

Esta adesão se deu por meio dos acordos políticos junto à Assembleia Legislativa, a qual aprovou os projetos de Lei colocados em caráter de urgência e rapidamente acatados para permitir as concessões dos serviços exclusivos, via terceirização para as OSs, sem mostrar a transparência necessária. A justificativa para a utilização das OSs é que já estava prevista em leis vigentes, elaboradas e aprovadas pelo governo anterior.

Na análise do PPA de 2012 a 2015, publicado através da Lei nº 14.532/2011, verificamos que a diretriz a ser seguida foi o Modelo de Gestão “Todos por Pernambuco – Gestão Democrática e Regionalizada, com foco em Resultados”. Sua proposta foi a implantação do novo paradigma de gestão pública estadual de Pernambuco, que seria baseado na gestão por resultados.

Após a análise dos PESs, no próximo item analisaremos a alocação dos recursos públicos da saúde para entender os gastos e como foram disponibilizados para a gestão direta e para os modelos privatizantes de gestão.

3.4.1 Alocação dos recursos públicos da saúde em Pernambuco (2010 a 2012) na gestão Eduardo Campos

Mediante a análise dos dados coletados, observamos que as receitas¹⁰⁹ do Estado, no ano de 2012, tiveram um aumento de 17,9% em comparação ao ano de 2011, enquanto os gastos¹¹⁰ com saúde, em 2012, comparados ao ano de 2011, aumentaram 11,3% (Tabela 3). Igualmente notamos que, mesmo tendo um aumento do gasto com saúde desde 2010, foi verificado, no ano de 2011, também um

¹⁰⁹ Disponível em: < www.transparencia.pe.gov.br >. Acesso em: 06/02/2014

¹¹⁰ Este termo foi utilizado pois, conforme o glossário de economia da saúde, gasto se refere a despesa, perda ou desembolso com bens ou serviços adquiridos e produzidos, e gasto em saúde se refere a recursos financeiros aplicados na atenção e cuidados de saúde. Investimento se refere à destinação de recursos voltados à ampliação da capacidade produtiva da economia, como investimento na construção de um novo hospital, ou ambulatório, ou a aquisição de novas máquinas e equipamentos (BRASIL, 2012a).

incremento, em comparação com 2010. Entretanto, no ano de 2012, houve redução percentual em relação à receita total do Estado, se comparado a 2011.

Tabela 3 – Receita do Estado e gasto com a saúde nos anos de 2010 a 2012, Pernambuco/Brasil, em R\$ bilhões

ANO	RECEITA		GASTO COM SAÚDE		
	Valor R\$	% Aumento	Valor R\$	% Aumento	% da receita
2010	19,46		2,68		13,8
2011	21,23	9,1	3,18	18,7	15,0
2012	25,03	17,9	3,54	11,3	14,1
Total	65,73		9,40		14,3

Fonte: Elaboração própria.

Conforme os dados da tabela 3, constatamos que o percentual de gasto com saúde, no ano de 2011, da receita de R\$ 21,23 bilhões, o governo de Pernambuco gastou R\$ 3,18 bilhões, ou seja, 15%. Em 2012, a receita totalizou R\$ 25,03 bilhões, sendo que o gasto com saúde atingiu 14,1%, que representa uma redução de 0,9%. No entanto, as receitas aumentaram na ordem de 9,1% para 17,9% em 2012, representando um incremento de 8,8%.

A Emenda Constitucional 29, regulamentada no PLC 306, de 2008, aprovada em janeiro de 2012 pela lei complementar 141/2012, obriga os estados a investir no mínimo 12% da sua receita com saúde. Nesses termos, o Estado de Pernambuco está em conformidade com a Lei, todavia é importante ressaltar que houve uma redução dos gastos orçamentários com saúde.

O MS publicou a Portaria nº 1.020, de 13 de maio de 2009, na qual estabeleceu as diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo e afirma que a UPA é a porta de entrada dos serviços de emergência. Para sua implantação, o MS disponibilizou uma enorme quantidade de recursos do fundo público tanto para a adequação quanto para a construção de novas edificações. Em Pernambuco, no discurso inaugural de uma UPA, o presidente Luís Inácio Lula da Silva afirmou que o governo pretendia ampliar o número de UPAs em todo o país (SOARES, 2010a).

Entendemos que a política de qualificação e melhoria das emergências e urgências deve estar vinculada às unidades de atenção básica na saúde e não à média e alta complexidade, pois corre-se o risco dessas unidades se tornarem o centro da rede de atenção à saúde. Consideramos que, em caso de definir a porta

de entrada por esse modelo hospitalocêntrico emergencial, alterar-se-á a lógica do sistema de saúde no que se refere ao projeto sanitário original.

O governo de Pernambuco, em 2009, contratou cinco OSs, mediante edital público, para administrar e gerenciar as recém-construídas UPAs e hospitais regionais. Até fevereiro de 2013, as cinco OSs administram três hospitais de alta complexidade, um hospital geral e 14 UPAs, conforme demonstrado no quadro 5.

Quadro 5 – Total de organizações sociais por tipo de unidades de saúde gerenciadas e data de inauguração, Pernambuco/Brasil

ORGANIZAÇÃO SOCIAL	TIPO	LOCALIZAÇÃO	INAUGURAÇÃO
Fundação Martiniano Fernandes (Imip Hospitalar)	Hospital	Paulista	15/12/2009
	UPA	Olinda	04/01/2010
	UPA	Igarassu	11/01/2010
	UPA	Paulista	27/01/2010
	UPA	São Lourenço da Mata	30/04/2010
	Hospital	Petrolina	01/05/2010
	Hospital	Cabo de Santo Agostinho	01/07/2010
	UPA	Jaboatão dos Guararapes	02/07/2010
	UPA	Jaboatão dos Guararapes	10/09/2010
	UPA	Caruaru	27/09/2010
Hospital Infantil Maria Lucinda (Fundação Manoel da Silva Almeida)	UPA	Cabo de Santo Agostinho	04/02/2011
	Hospital	Recife	08/12/2011
	UPA	Recife	09/04/2010
Instituto Pernambucano de Assistência e Saúde (Ipas)	UPA	Recife	15/02/2011
	UPA	Recife	26/03/2010
Irmandade Santa Casa da Misericórdia	UPA	Recife	28/05/2010
	UPA	Recife	10/06/2010
	UPA	Recife	03/03/2011

Fonte: Elaboração própria.

A expansão de unidades gerenciadas por OSs representa as contradições do processo de contrarreforma do setor, pois ao mesmo tempo em que expande o acesso aos serviços de saúde, amplia-se os benefícios ao mercado privado e à mercantilização da saúde pública.

Consta nos contratos de gestão celebrados com as OSs, segundo o Processo TC Nº 1103199¹¹¹, que até 65% dos recursos financeiros repassados poderão ser gastos na remuneração de pessoal e encargos sociais, sendo esses valores compostos por uma parte fixa e outra variável. A parte fixa corresponde ao percentual de 60% do valor dos repasses e a parte variável é composta por duas parcelas, que são: 30% calculados com base na produção (avaliação do volume de produção a partir de indicadores de produtividade) e 10% calculadas com base na adesão aos indicadores de qualidade do serviço prestado à população.

A SES-PE¹¹², ente responsável por fiscalizar e regular a atuação das OSs, deveria prestar contas mensalmente ao CES no que se refere aos números totais de atendimentos nas unidades e ao gasto total de despesas. Ressaltamos ainda que o TCE-PE, em análise das contas do exercício de 2012, através do Processo TC Nº 1301899-1¹¹³, aprovou o relatório enviado com 15 ressalvas, dentre as quais destaca-se a falta de fiscalização da Agência Reguladora de Pernambuco (Arpe) nos contratos entre as OSs e Oscips com o Estado. Nesses termos, consideramos que o Estado não cumpriu nesse período a função de fiscalizar a qualidade das ações e a aplicação dos recursos do fundo público destinados às organizações contratadas.

Com a finalidade de verificar o quantitativo alocado do fundo público da saúde, fizemos um levantamento dos anos de 2010 a 2012, no Portal da Transparência¹¹⁴, das despesas por detalhamento do credor e valor pago. Verificamos que o valor alocado com as OSs foi da ordem de **R\$ 894,41 milhões**, conforme mostrado na tabela 4:

¹¹¹ Disponível em <https://www.tce.pe.gov.br/internet/index.php/2010/finish/25-2010/161-5-terceiro-setor-e-parcerias-publico-privadas> Acessado em 21/12/2013.

¹¹² Disponível em: <<http://www1.imip.org.br/cms/opencms/imip/pt/imprensa/noticias/0075.html>>. Acesso em 08/10/2012.

¹¹³ Disponível em <http://www4.tce.pe.gov.br/processosJoomla/processos/consulta_processo.asp?ITHcprc=13018991>. Acesso em 06/02/2014

¹¹⁴ Disponível em:< www.transparencia.pe.gov.br >. Acesso em: 22/03/2013

Tabela 4 – Gastos com as OSs entre os anos de 2010 a 2012, Pernambuco/Brasil, em R\$ milhões

ORGANIZAÇÃO SOCIAL	2010		2011		2012		Total Geral	
	R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%
Fundação Hospitalar Martiniano Fernandes	117,00	72,6	238,08	71,6	264,53	66,0	619,61	69,3
Fundação Manoel da Silva Almeida - Hospital Infantil Maria Lucinda	15,17	9,4	34	10,2	75,19	18,8	124,36	13,9
Instituto Pernambucano de Assistência e Saúde – Ipas	8,90	5,5	13,53	4,1	14,59	3,6	37,02	4,1
Irmandade Santa Casa da Misericórdia	12,04	7,5	22,6	6,8	16,42	4,1	51,06	5,7
Hospital do Tricentenário/OS	7,99	5,0	24,38	7,3	29,99	7,5	62,36	7,0
Total	161,1	100	332,59	100	400,72	100	894,41	100

Fonte: Elaboração própria.

A análise dos dados da tabela 4 permite afirmar que houve um aumento crescente nos gastos com as OSs no período. Em 2010, o governo destinou 161,1 milhões; no ano de 2012, o gasto foi de 400,7 milhões, ou seja, um aumento de 239,6 milhões. No ano de 2010 para 2011 tivemos um aditamento de 106%; de 2011 para 2012, o percentual foi menor, aproximadamente 20,5%.

No mesmo período, os gastos do governo de Pernambuco com os principais hospitais públicos alcançaram uma quantia de **R\$ 631,4** milhões, conforme estão distribuídos na tabela 5:

Tabela 5 – Gastos com estabelecimentos públicos de saúde de alta complexidade, entre 2010 a 2012, Pernambuco/Brasil - em R\$ milhões

Estabelecimentos públicos de saúde alta complexidade	2010		2011		2012		Total Geral	
	R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%
Hospital Agamenon Magalhães	11,8	9,8	38,4	16,2	40,8	14,9	91,00	14,4
Hospital Barão de Lucena	16,5	13,8	27,8	11,7	35,6	13,0	79,90	12,7
Hospital da Restauração	23,5	19,6	47,1	19,9	61,8	22,5	132,40	21,0
Hospital Getúlio Vargas	19,0	15,8	28,4	12,0	28,6	10,4	76,00	12,0
Hospital Otávio de Freitas	10,9	9,1	28,6	12,1	34,6	12,6	74,10	11,7
Hospital Regional do Agreste	7,8	6,5	20,2	8,5	28,4	10,3	56,40	8,9
Hospital Universitário Osvaldo Cruz	30,3	25,3	46,6	19,7	44,7	16,3	121,60	19,3
Total	119,9	100	237,1	100	274,6	100	631,4	100

Fonte: Elaboração própria.

Podemos identificar que o governo também aumentou os gastos com os principais estabelecimentos de saúde sob a administração pública direta, porém, após fazer o comparativo entre os anos analisados, observamos uma discrepância:

um aumento dos gastos na ordem de quase 98% de 2010 para 2011 e uma diminuição no ano de 2011 para 2012, quando chegou a destinar apenas 16% de recursos para gastos com as sete unidades de saúde referidas na tabela 5.

Os dados demonstram ainda uma contradição importante que merece destaque: o governo de Pernambuco elevou os gastos tanto com os hospitais com gestão por OS quanto os com gestão pública, porém o percentual de aumento é bem maior para a gestão por OS do que com a gestão pública. Como resultado, com base na análise dos dados, afirmamos que ocorreu uma maior alocação dos recursos do fundo público da saúde para a terceirização dos serviços, portanto, para o setor privado.

Na busca por apreender a dimensão dos gastos totais do Estado de Pernambuco com a saúde, agrupamos, na tabela 6, os gastos referentes aos dois modelos de gestão por hospitais, nos anos de 2010 a 2012.

Tabela 6 – Comparativo dos gastos em saúde entre a gestão por OS e gestão pública dos principais hospitais, entre 2010 a 2012, Pernambuco/Brasil, em R\$ milhões

Gestão/ano	2010		2011		2012		Total	
	R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%
Gestão por OS	161,1	6,0	332,6	10,4	400,7	11,3	894,4	9,5
Gestão dos principais hospitais públicos	119,9	4,5	237,1	7,4	274,6	7,8	631,6	6,7
Outros gastos	2.398,40	89,5	2.613,90	82,1	2.866,70	80,9	7.879,00	83,8
Total dos Gastos em saúde	2.679,40	100	3.183,60	100	3.542,00	100	9.405,00	100

Fonte: Elaboração própria.

Nota: Os gastos com a gestão dos principais hospitais públicos é referente a todos os hospitais com gestão pública da SES e do Hemope. Além disso, foram acrescentados os gastos com a Universidade de Pernambuco (UPE) que inclui o Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (Cisam), o Hospital Universitário Osvaldo Cruz (Huoc) e o Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco (Procape).

Outros gastos - São referentes aos outros gastos efetuados pela SES que se encontram no gabinete do Secretário de Saúde, na Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária, no Laboratório Central de Saúde Pública (Lacem) e no Fundo Estadual de Saúde (FES), de acordo com o portal da transparência.

Na análise dos dados podemos evidenciar que o Estado de Pernambuco gastou, no ano de 2010, com as OSs, em torno de 6% dos gastos totais de saúde, porém esses gastos aumentaram para 10,4%, em 2011, passando para 11,3%, no

ano de 2012. No que se refere aos principais hospitais gerenciados pela administração pública, o percentual de gasto em relação ao gasto total também teve aumento, porém o percentual foi menor do que o destinado às unidades gerenciadas por OSs. Os dados analisados demonstraram que o percentual de aumento foi da ordem de 4,5% em 2010, 7,4% em 2011 e 7,8% em 2012.

Quando analisamos os gastos, verificamos que a gestão por OS se apropriou de 9,5% dos recursos totais da saúde para gerenciar quatro hospitais e 13 UPAs, enquanto a gestão pública direta ficou com 6,7% desse total, referente a sete hospitais. Evidenciamos uma diferença dos gastos totais de R\$ 262,8 milhões para as OSs.

Nessa mesma lógica, utilizamos a receita total do Estado para analisar o gasto com os dois modelos de gestão. Os dados demonstraram que o percentual de gasto com as OSs acompanhou a linha de aumento, ou seja, passou de 0,83%, em 2010, para 1,57%, em 2011, e 1,60%, em 2012. No entanto, no gasto total da receita com a gestão pública dos principais hospitais de Pernambuco, o percentual atingiu apenas 0,62%, em 2010, passou para 1,12%, em 2011, e em 2012 reduziu para 1,10%, conforme pode ser verificado na tabela 7.

Tabela 7– Comparativo da receita do Estado X gastos em saúde entre a gestão por OSs e gestão pública dos principais hospitais entre 2010 a 2012, Pernambuco/Brasil, em R\$ milhões

Gestão/ano	2010		2011		2012		Total	
	R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%
Gestão por OSs	161,1	0,83	332,6	1,57	400,7	1,60	894,4	1,36
Gestão dos principais hospitais públicos	119,9	0,62	237,1	1,12	274,6	1,10	631,6	0,96
Outros gastos	2398,4	12,32	2613,9	12,31	2866,7	11,45	7879	11,99
Receita total do Estado	19.468,33	100	21.225,43	100	25.035,08	100	65.728,84	100

Fonte: Elaboração própria.

Nesse sentido, constatamos que a gestão por OSs se apropriou de 1,36% dos recursos do orçamento do Estado no período de 2010 a 2012, enquanto a gestão pública ficou com 0,96% do total da receita. Com isso, mais uma vez evidenciamos a contradição de que, em relação à sua receita total, o Estado gastou mais com as OSs do que com a gestão pública dos seus principais hospitais.

Consideramos que a terceirização na saúde via gestão de unidades hospitalares por OSs representa uma redução das funções do Estado como executor de serviços públicos, embora continue a ser o financiador. Assim, conforme verificado nos dados apresentados, ocorreu uma centralização na distribuição do orçamento da saúde em Pernambuco. É importante salientar que apenas a Fundação Martiniano Fernandes - Imip Hospitalar, ficou com 69,3% do total disponibilizado para as OSs.

O governo de Pernambuco centra a alocação de recursos baseado na racionalização dos custos para alcançar as metas planejadas. Através desse modelo privatizante de gestão, o governo reafirma seu discurso de tendência da modernidade de maior racionalidade, controle operacional e social, que permita a eficiência e competição na busca por resultados. Mas, o que observamos foi que essas ações estão baseadas nos ideais neoliberais que utilizam a contrarreforma para atingir seus objetivos e, até este ponto, podemos verificar uma disponibilização maior de recursos do fundo público para as OSs, ou seja, os dados analisados demonstraram que está ocorrendo a apropriação do orçamento público em prol da iniciativa privada mediante os modelos privatizantes de gestão.

Pelo fato das OSs terem recebido mais recursos financeiros que a gestão pública direta, esperávamos que os mesmos realizassem mais atendimentos. Em face disto, no próximo item foi feito o comparativo dos atendimentos de média e alta complexidade para possibilitar as devidas análises.

3.4.2 Comparativo de atendimentos de média e alta complexidade entre a gestão por organização social e a gestão pública

Para analisar o número de atendimentos entre os principais hospitais de gestão por OS com os de gestão pública, utilizamos os dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), baseados no movimento de AIH, disponibilizado pelo portal do Datasus, para o período de 2010 a 2012, referentes ao Estado de Pernambuco¹¹⁵.

¹¹⁵ Esses dados se encontram também no site da Secretaria Estadual de Saúde. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/informacoes-em-saude/informacao-de-producao-ambulatorial-e-hospitalar>>. Acesso em: 17/03/2013

Esses dados serviram para analisar o número total de atendimentos nas unidades de saúde gerenciadas pelos dois tipos de gestão. Ressaltamos que o argumento político do governo para aderir à terceirização foi que os novos hospitais e as UPAs iriam reduzir a procura por atendimentos nas principais unidades de emergências públicas do Estado, que estavam no limite máximo da sua capacidade instalada, bem como a necessidade de se adequar a rede de atenção à saúde ao perfil de morbimortalidade da população, que sofreu alterações durante as últimas décadas (PERNAMBUCO, 2012)¹¹⁶.

As unidades hospitalares sob responsabilidade da gestão pública prestaram um total de 331.762 atendimentos de média e alta complexidade. O mesmo tipo de atendimento realizado nos hospitais administrados por OSs alcançou um total de 88.822, ou seja, uma diferença de 242.940 atendimentos a favor da gestão pública. Em termos percentuais, a gestão pública ficou com 78,88% do total de atendimentos, enquanto o outro modelo de gestão com 21,12%. Desta forma, observamos que, apesar de receber menos recursos, a gestão pública produziu mais atendimentos que a gestão por OS, conforme demonstra a tabela 8.

¹¹⁶ Cf.: Plano Estadual de Saúde 2012-2015 / Governo do Estado de Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/informacoes-em-saude/plano-estadual-de-saude>>. Acesso em: 21/02/2014.

Tabela 8 – Número total de atendimentos de média e alta complexidade, por tipo de gestão e estabelecimento de saúde, de 2010 a 2012, Pernambuco/Brasil

ESTABELECIDAMENTOS DE SAÚDE		2010		2011		2012		Total Geral	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
GESTÃO OSS	Hospital Metropolitano Norte Miguel Arraes	7.432	6,02	9.917	6,92	11.398	7,42	28.747	6,84
	Hospital Metropolitano Sul Dom Hélder Câmara	2.329	1,89	8.451	5,89	9.251	6,02	20.031	4,76
	Hospital Dom Malan	10.458	8,46	13.995	9,76	15.591	10,15	40.044	9,52
	Subtotal	20.219	16,37	32.363	22,57	36.240	23,59	88.822	21,12
GESTÃO PÚBLICA	Hospital Agamenon Magalhães	14.785	11,97	16.197	11,29	18.053	11,75	49.035	11,66
	Hospital Barão de Lucena	12.205	9,88	12.683	8,84	15.701	10,22	40.589	9,65
	Hospital da Restauração	26.252	21,25	28.640	19,97	28.016	18,24	82.908	19,71
	Hospital Getúlio Vargas	16.221	13,13	15.798	11,02	16.977	11,05	48.996	11,65
	Hospital Otávio de Freitas	12.981	10,51	16.403	11,44	17.535	11,41	46.919	11,16
	Hospital Regional do Agreste	7.908	6,4	8.386	5,85	9.075	5,91	25.369	6,03
	Hospital Universitário Osvaldo Cruz	12.977	10,5	12.939	9,02	12.030	7,83	37.946	9,02
	Subtotal	103.329	83,63	111.046	77,43	117.387	76,41	331.762	78,88
TOTAL GERAL		123.548	100	143.409	100	153.627	100	420.584	100

Fonte: Elaboração própria.

A análise constatou que o número de atendimentos de alta e média complexidade, realizados pelos hospitais sob direção da gestão pública, vem aumentando quantitativamente a cada ano. (Assuero: a expressão aumentando quantitativamente me parece uma redundância. Se retirar o quantitativamente o sentido não muda. Verifique). Ocorreu um acréscimo de 13,6% de 2012 em relação a 2010. Além disso, observamos que não houve o movimento de transferência em números de atendimentos do fluxo de pacientes dos hospitais com gestão pública para os administrados pelas OSs, pois nos dois modelos ocorreu aumento quantitativo. Ressaltamos que, segundo o governo estadual, os novos hospitais foram construídos exclusivamente para ofertar atendimentos de alta complexidade. A análise dos dois modelos de gestão, em relação ao quantitativo referente à alta complexidade, pode ser observada na tabela 9:

Tabela 9 – Número total de internações em estabelecimentos de saúde de alta complexidade, nos anos de 2010 a 2012, por tipo de gestão. Pernambuco/Brasil

ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE		2010		2011		2012		Total geral	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Gestão OSs	Hospital Metropolitano Norte Miguel Arraes	14	0,18	77	0,79	111	1,06	202	0,72
	Hospital Metropolitano Sul Dom Hélder Câmara	2	0,03	38	0,39	311	2,97	351	1,26
	Hospital Dom Malan	6	0,08	47	0,48	192	1,83	245	0,88
	Subtotal	22	0,29	162	1,67	614	5,85	798	2,86
Gestão Pública	Hospital Agamenon Magalhães	507	6,59	849	8,74	814	7,76	2170	7,78
	Hospital Barão de Lucena	207	2,69	191	1,97	208	1,98	606	2,17
	Hospital da Restauração	3.449	44,84	4.729	48,68	4.824	46	13002	46,61
	Hospital Getúlio Vargas	291	3,78	333	3,43	403	3,84	1027	3,68
	Hospital Otávio de Freitas	105	1,37	157	1,62	167	1,59	429	1,54
	Hospital Regional do Agreste	413	5,37	372	3,83	455	4,34	1240	4,45
	Hospital Universitário Osvaldo Cruz	2698	35,08	2921	30,07	3002	28,63	8621	30,91
Subtotal	7.670	99,71	9.552	98,33	9.873	94,15	27.095	97,14	
TOTAL GERAL		7.692	100	9.714	100	10.487	100	27.893	100

Fonte: Elaboração própria.

A análise dos dados, por tipo de gestão (2010-2012), demonstrou que o número total de atendimentos realizados em estabelecimentos de saúde de alta complexidade foi de 27.893. Isto é, as sete unidades de saúde com gestão pública realizaram 27.095 atendimentos, que correspondem a 97,14% do total, no período. Ao mesmo tempo, as três unidades hospitalares com gestão por OSs efetuaram apenas 798 atendimentos, representando 2,86% do total constante da tabela 9.

Observamos que a gestão pública foi responsável pela quase totalidade dos atendimentos de alta complexidade, apesar de uma pequena redução na variação entre os anos: em 2010, atingiu a taxa de 99,7%; em 2011, reduziu para 98,3%; e em 2012, chegou a 94,1%. Consideramos aqui que não houve uma transferência da procura com o aumento da oferta, como esperado. Contraditoriamente, percebemos que, nos dois modelos de gestão de unidades hospitalares, ocorreu um aumento da procura por atendimento nos serviços de saúde.

Com base na análise dos dados, verificamos que há diferença significativa da quantidade de serviços de alta complexidade prestados pelos dois modelos de gestão. Notamos que os novos hospitais foram construídos para ser referência em alta complexidade, contudo, observamos que o número de atendimentos dessas unidades gerenciadas por OSs é muito baixo em termos percentuais.

Nesse sentido, o próximo subitem apresenta o resultado da análise dos dois modelos, para possibilitar maior clareza sobre esse dado. Para tal, realizamos uma comparação a partir de indicadores semelhantes entre duas unidades de saúde de referência no Estado: o Hospital Miguel Arraes (HMA), gerenciado por uma OS, e o Hospital da Restauração (HR), sob gestão da administração pública. A escolha desses dois hospitais se deu pelo fato de serem referência, no Estado, em trauma, e, segundo a SES/PE, o HMA foi o primeiro hospital de grande porte de trauma construído na Região Metropolitana do Recife em 40 anos e que o último havia sido o Hospital da Restauração, em 1969. Destarte, analisamos os recursos recebidos e a quantidade de atendimentos efetivados, com a finalidade de confrontar a veracidade do discurso oficial difundido pela SES/PE de que a execução dos serviços terceirizados privados aumentaria o acesso ao sistema, diminuiria o tempo de espera do usuário na resolução de seus agravos à saúde, reduziria os custos operacionais com o setor, aumentaria a eficiência e a eficácia da gestão da saúde, entre outros.

3.4.3 Comparativo dos atendimentos de Saúde de Alta Complexidade: Hospital da Restauração e Hospital Miguel Arraes

No Estado de Pernambuco, tanto o HMA quanto o HR são unidades centrais na organização da referência e contrarreferência de alta complexidade da rede de atenção à saúde na área de traumatologia-ortopedia¹¹⁷.

O HMA é de propriedade do governo do Estado de Pernambuco, gerido pela Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar. (Conforme já falei, o correto é Imip, mas a instituição usa o IMIP, talvez esteja assim registrado na Razão Social, não sei. Assim, decida a forma que vai utilizar). Segundo o MS, é um hospital geral sem atividade de ensino e presta serviços de atenção à saúde ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade. O HMA é habilitado como unidade de assistência de alta complexidade em traumatologia-ortopedia e UTI II –adulto; possui 140 leitos, dentre esses, 60 leitos de ortopediatria-traumatologia, conforme mostra a tabela 10.

Tabela 10- Número total de leitos do Hospital Miguel Arraes em 2013, Pernambuco/Brasil

ESPECIALIDADES	DESCRIÇÃO	LEITOS SUS
Cirúrgico	03-Cirurgia Geral	28
	13-Ortopedia - Traumatologia	60
Clínico	33-Clínica Geral	50
Complementar	66-Unidade Isolamento	03
	75-UTI Adulto - Tipo II	30
Outras especialidades	49-Pneumologia Sanitária	02
Total Geral (menos complementar)		140

Fonte: Elaboração própria.

De acordo com as informações publicadas no seu portal¹¹⁸, o HMA atende apenas casos de alta complexidade, como vítimas de acidente de trânsito, violência e traumas. O HMA não recebe demanda espontânea em sua emergência e todos os pacientes devem ser encaminhados por UPAs, policlínicas, equipes de resgate do Samu e Bombeiros.

¹¹⁷ Segundo o MS, informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

¹¹⁸ Disponível em: <http://www1.hma.imip.org.br/cms/opencms/hma/pt/conheca>. Acesso em: 25/03/2014.

O hospital é público estadual, mas a contratação do corpo de funcionários e todo o seu funcionamento são de responsabilidade da Fundação Professor Martiniano Fernandes, que trimestralmente deve prestar contas ao governo estadual dos gastos com a unidade e as metas quantitativas e qualitativas atingidas dos serviços ofertados à população, conforme consta no contrato de gestão estabelecido entre as partes.

O HR¹¹⁹ é gerido pela gestão pública estatal direta e, segundo o MS, é um hospital geral de emergência, uma unidade auxiliar de ensino, com nível de atenção hospitalar e atividade de média e alta complexidade e ambulatorial de atenção básica. Habilitado como unidade de assistência e centro de referência de alta complexidade em neurologia/neurocirurgia, centro de referência em assistência a queimados em média complexidade, centro de referência em assistência a queimados em alta complexidade, córnea/esclera, banco de tecido ocular humano, unidade de assistência de alta complexidade em traumato-ortopedia, UTI II adulto, UTI II pediátrica, UTI queimados, hospital tipo III em urgência e videocirurgias. O HR possui 733 leitos, sendo 57 leitos de ortopediatria-traumatologia, conforme mostra a tabela 11:

Tabela 11 –Número total de leitos do Hospital da Restauração em 2013, Pernambuco/Brasil

ESPECIALIDADE	DESCRIÇÃO	LEITOS SUS
Cirúrgico	01-Buco-maxilo facial	14
	03-Cirurgia geral	82
	09-Neurocirurgia	164
	13-Ortopedia-Traumatologia	57
	15-Plástica	6
Clínico	33-Clínica geral	82
	42-Neurologia	164
Complementar	75-UTI adulto – tipo II	40
	83-UTI de queimados	2
	78-UTI pediátrica - tipo II	11
Pediátrico	68-Pediatria cirúrgica	48
	45-Pediatria clínica	70
Total Geral (menos complementar)		733

Fonte: Elaboração própria.

¹¹⁹ Atende na área de Emergência as seguintes especialidades: Traumato-ortopedia; Neurocirurgia; Neurologia; Queimaduras; Intoxicações; Cirurgia vascular; Cirurgia bucomaxilofacial, Clínica médica; Clínica pediátrica. Além disso, possui ambulatório de egressos.

Para o seu funcionamento, o HMA recebeu, no período de 2010 a 2012, R\$152,46¹²⁰ milhões do orçamento da saúde. Por sua vez, o HR obteve, no mesmo período, R\$ 132,43 milhões. Uma diferença de R\$ **20,03 milhões** de recursos do fundo público da saúde em favor da OS, apesar do HR ter 593 leitos a mais do que o HMA, conforme pode ser observado nas tabelas 10 e 11. A análise dos dados revelou que o HR realizou um total de 82.908 atendimentos, enquanto o HMA, que recebeu R\$ 20 milhões a mais de recursos financeiros, fez apenas 28.747, correspondente a 25,7% do total de atendimentos, conforme mostra a tabela 12.

Tabela 12 –Número de atendimentos de alta e média complexidade e valor gasto do HR e HMA de 2010 a 2012

ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE	ATENDIMENTOS		VALOR GASTO	
	No	%	R\$	%
Hospital Metropolitano Norte Miguel Arraes	28.747	25,7	152.464.605,80	53,5
Hospital da Restauração	82.908	74,3	132.425.202,47	46,5
TOTAL GERAL	111.655		284.889.808,27	

Fontes: Elaboração própria.

Com base nos dados acima, evidenciamos que o custo médio de um atendimento no HR foi de R\$ 1.597,25, enquanto no HMA o custo médio foi de R\$ 5.303,67. Isso significa que o custo para a realização de um atendimento de média e alta complexidade apresenta-se concretamente maior na gestão hospitalar da OS, em comparação ao hospital de administração estatal direta. Notamos uma diferença de R\$ 3.706,42, portanto, o custo no HMA pode ser considerado mais oneroso. Ou seja, é 332% mais caro, quando comparado ao custo/atendimento do HR no custo médio por um atendimento. Além de ter um custo menor por atendimento, o HR realizou 74,3% do total dos atendimentos de média e alta complexidade, ou seja, realizou 54.161 atendimentos a mais que o HMA.

Entendemos que o HR, por possuir maior capacidade instalada em número total de atendimento/leito, deveria receber mais recursos do que o HMA. Contraditoriamente, este último, apesar de ter menor capacidade de

¹²⁰ Coleta de dados realizada nas notas de empenho do período 2010 a 2012, disponíveis no Portal da Transparência, que tinham como credor a Fundação Martiniano Fernandes, e dentro dessas foi procurado o repasse correspondente ao valor da transferência realizada para o HMA que contém esta informação no campo observação.

atendimento/leito, deveria prestar mais atendimentos, por receber mais recursos. Mas, o que observamos foi o inverso, o HMA, que realizou apenas 25,7% dos atendimentos, recebeu um valor de R\$ 20.039.403,33 a mais que o HR.

Além disso, não se evidenciou uma redução dos gastos públicos com saúde, como preconizado com a adoção do modelo de gestão por OS. Consideramos que a proposta do governo ¹²¹ de expandir a terceirização de serviços para outras regiões ¹²² de saúde do Estado, mediante o uso das UPAs e da Unidade Pernambucana de Atendimento Especializado (Upae) ¹²³, deve ter como foco a transferência de recursos e responsabilidades estatais. No Estado de Pernambuco, os decretos e leis que regulamentam essa modalidade de Organizações são os seguintes: Lei 11.743/2000, Decreto 23.046/2001 e Lei 12.973/2005. Esta última estabelece que estas atividades (não exclusivas) são especialmente as seguintes: promoção de assistência social, da assistência hospitalar e ambulatorial; promoção da cultura, defesa e conservação do patrimônio histórico, artístico e arqueológico; promoção gratuita da educação, observando a forma complementar de participação das organizações de que trata esta Lei.

Com o aumento da alocação dos recursos públicos com as OSs, o percentual que, em 2010, representava 0,83% da receita total do Estado, em 2011 passou para 1,57% e em 2012 aumentou para 1,60%, conforme podemos verificar na tabela 13.

Tabela 13 – Receita do Estado e gastos com a saúde, com OSs, com os principais hospitais e outros gastos com saúde nos anos de 2010 a 2012, Pernambuco em R\$ milhões

Ano	Receita do Estado	Gasto com saúde		Gasto com OSs		Gasto principais hospitais		Outros gastos saúde	
	Valor R\$	Valor R\$	% da receita	Valor R\$	% da receita	Valor R\$	% da receita	Valor R\$	% da receita
2010	19.470	2.680	13,8%	161,1	0,83%	119,9	0,62%	2398,4	12,32%
2011	21.230	3.180	15,0%	332,6	1,57%	237,1	1,12%	2613,9	12,31%
2012	25.030	3.540	14,1%	400,7	1,60%	274,6	1,10%	2866,7	11,45%
Total	65.730	9.400		894,4		631,6		7879,0	

Fonte: Elaboração própria.

¹²¹ Disponível em: <http://www1.imip.org.br/cms/opencms/imip/pt/imprensa/noticias/0075.html>. Acesso em: 24/02/2013.

¹²² São 12 Gerências Regionais de Saúde (Geres).

¹²³ Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/noticias/sertao-do-pajeu-ganha-upae-2/>. Acesso em: 26/03/2014.

Com base nos dados apresentados, observamos que ocorreu um aumento da alocação do fundo público da saúde para as OSs. Isso representa um avanço do processo de terceirização, de privatização do público, dentro do Estado, com relação à área de saúde, que fortalece o modelo privatizante de gestão com uma maior disponibilização dos recursos do fundo público da saúde.

3.5 Resultados

3.5.1 A relação entre o fundo público e as organizações sociais na saúde em Pernambuco

Compreender como o capital se apropriou dos recursos públicos foi um fator importante para desvendar, a partir da execução do orçamento da política de saúde, o financiamento das OSs, uma vez que a alocação de recursos do fundo público representa a correlação de forças entre os representantes do capital envolvido na assimilação das verbas estatais e os sujeitos políticos que lutam pela não privatização das políticas sociais públicas.

Dain e Soares (1998) reforçam o argumento, afirmando que a destinação de parte do fundo público para o setor privado também reduz o modelo de proteção social universal em sociedades em desenvolvimento. Salvador (2010a) corrobora, quando afirma que uma característica comum às crises é a utilização do fundo público para minimizar os impactos da crise estrutural à custa dos impostos pagos pelos cidadãos. Dito isto, entendemos que a reforma do aparelho do Estado causa diversas modificações na estrutura estatal e afeta várias políticas sociais a partir da redução das funções do Estado. Como efeito perverso, temos a diminuição de gastos com a área social, terceirização, privatização do patrimônio público, que redefine o papel do Estado de prestador direto de serviços sociais para regulador.

Com base nessas afirmações, buscamos, através da análise dos dados, refletir sobre a utilização do fundo público destinado à saúde a partir da terceirização do gerenciamento de unidades hospitalares públicas por OSs. Ou seja, analisar a utilização do modelo privatizante de gestão que se apropria de parte do fundo público com a permissão de administrar serviços públicos de saúde que, conforme a Constituição de 1988, eram exclusivos do Estado e que atualmente não são. Esse movimento de expansão do setor privado como executor de serviços públicos,

contraditoriamente, vem atrelado à falta de fiscalização dos mecanismos de controle social da saúde.

A apropriação do fundo público por setores da saúde privada ajuda a expansão do capital em tempos de crise. Em Pernambuco, o uso do orçamento vem cada vez mais crescendo a partir da entrada de novas organizações e fundações com transferência de recursos ou financiamento para subsidiar projetos de grupos de interesses/corporações privadas, em especial para as classes dos rentistas.

No presente estudo, verificamos que a utilização dos recursos do fundo público ocorreu por meio de subsídios financeiros, desonerações tributárias, incentivos fiscais e pela redução da base tributária da renda do capital pelo financiamento integral ou parcial dos meios de produção, que viabilizaram sua reprodução. Além disso, de acordo com a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde¹²⁴, a contratação temporária da força de trabalho ocorre sem concurso público, com salário inferior ao pago no setor público para categorias profissionais que desempenham a mesma função; jornada de trabalho superior à do setor público; ausência de mesa de negociação sindical, plano de carreira, entre outros.

Segundo Salvador (2012), o aumento da estratégia da terceirização nas políticas sociais garante a expansão do setor privado, porém, em períodos de refração da atividade econômica, como no caso de Pernambuco, os recursos disponibilizados sofrem uma redução percentual e o valor monetário é elevado. Em nossa análise identificamos que, embora o governo de Pernambuco tenha ampliado a oferta de leitos para a população usuária do sistema, contraditoriamente beneficiou em larga escala o setor privado, quando construiu e equipou novos hospitais e Upas e os entregou para as empresas privadas. Entendemos que uma das estratégias utilizadas para fazer a apropriação do fundo público é afastar o Estado da sua função de gestor e executor principal das políticas públicas. A medida abre espaço para a execução dos serviços por empresas privadas, porém, com uma particularidade: essas entidades acabam assumindo a gestão de uma edificação nova, com equipamentos de alta tecnologia fornecidos pelo Estado.

A vinculação do fundo público com as entidades terceirizadas só foi possível mediante a alteração de diversas leis que permitiram a utilização das OSs como

¹²⁴ Disponível em: <http://www.contraprivatizacao.com.br/2015/07/1002.html>. Acesso em: 03/08/2015.

executoras dos serviços de saúde. Com isso, o capital criou novos mecanismos para fazer, de forma legal, a apropriação dos fundos públicos, e utilizou como argumento central o excesso de presença do Estado, além da falta de eficácia e eficiência na gestão dos seus gastos (BRASIL, 1995).

Conforme já mencionamos, segundo Salvador (2010a), é importante observar que as decisões sobre os objetivos dos gastos do Estado e as fontes dos recursos para financiá-los não são apenas econômicas, mas principalmente escolhas políticas entre as forças sociais e grupos políticos atuantes na sociedade. Isto posto, podemos afirmar que os gastos orçamentários definiram a direção do Estado na condução de suas prioridades políticas. Na definição da política macroeconômica e da área social, temos evidências dos interesses da classe dominante que se articula para, através de negociações entre os representantes políticos, garantir projetos de alocação dos recursos do orçamento para o setor privado.

Verificamos também que o Estado de Pernambuco seguiu as orientações do governo federal e dos principais organismos internacionais, conforme mostrado anteriormente. Esse processo, construído durante vários governos, teve início no governo de Jarbas de Andrade Vasconcelos, mas foi no governo de Eduardo Henrique Accioly Campos que começou a ser executado.

O discurso propagado pelo governador Eduardo Henrique Accioly Campos era que a adesão à terceirização no setor saúde, via contrato de gestão com as OSs, daria maior eficiência e eficácia aos serviços até então sob controle da gestão pública da saúde, assim como desafogaria as emergências dos principais hospitais públicos e ajudaria o gasto público a ser reduzido e a ganhar qualidade.

Mediante os dados apresentados anteriormente, ressaltamos que não se constatou um arrefecimento do gasto, nem tampouco se verificou uma diminuição do número de atendimentos nas principais emergências dos hospitais públicos. Contraditoriamente, o que se evidenciou foi a implantação de um modelo que seguiu as ideias propagadas pelo projeto neoliberal de Reforma Administrativa do Aparelho do Estado, responsável por consentir a apropriação do fundo público por entes terceirizados no propósito de executar atividades antes exclusivas do governo. Esse padrão está se expandindo como modelo para vários serviços de saúde.

Constatamos também que os novos hospitais com gestão por OSs, os quais deveriam ser referência para atendimentos de alta complexidade, em certa medida, prestaram mais acolhimentos de média complexidade e deixaram uma boa parte dos

de alta complexidade para as unidades com a gestão pública. Afirmamos que este fato ocorre devido ao serviço de alta complexidade ser muito mais oneroso aos cofres da terceirizada, portanto, há um não interesse financeiro das OSs de realizar alguns procedimentos clínicos. Cabe apenas assumir e realizar aqueles procedimentos menos dispendiosos, mais rápidos de serem executados e com rotatividade dos leitos.

Além disso, como os atendimentos de alta complexidade não foram realizados pelas OSs, também não foram atingidas as metas estabelecidas pelos contratos de gestão. Logo, os critérios de maior eficiência e eficácia da gestão por OS não podem ser considerados pelo governo para justificar a ampliação da gestão de unidades hospitalares em Pernambuco.

A falta de fiscalização também foi um elemento identificado na pesquisa. Esta ação é uma responsabilidade do poder público, de monitorar as ações prestadas pelas entidades privadas sem fins lucrativos no que se refere à qualidade e à quantidade dos serviços de saúde. Além disso, as denúncias de usuários, de insatisfação no atendimento à SES devem ser notificadas à OS para que sejam dadas explicações dos motivos dos problemas ocorridos.

A Arpe¹²⁵, criada em janeiro do ano 2000 pela Lei Estadual nº 11.742, que deveria fazer a fiscalização das Organizações e dos contratos de gestão, até hoje não realizou um concurso para o preenchimento de suas 94 vagas efetivas e funciona com um quadro limitado de funcionários comissionados, terceirizados ou cedidos por outros órgãos, conforme consta em vários pareceres do TCE. De acordo com Sílvio Costa Filho, líder da oposição ao governo do PSB, mesmo o governo tendo realizado concurso público, em 2014, para os cargos da Arpe, ainda não houve a sua homologação e nem a nomeação dos 35 técnicos aprovados, ou seja, deliberadamente a Arpe não realiza seu papel fiscalizador¹²⁶.

¹²⁵ A resolução Nº 05/2010 estabelece condições, procedimentos para monitoramento e fiscalização dos serviços pactuados com Entidades Privadas sem fins econômicos, qualificadas no Sistema Integrado de Prestação de Atividades Públicas Não-Exclusivas do Estado de Pernambuco. Disponível em <http://www.arpe.pe.gov.br/legislacao.php?op=1&codGrupo=5>. Acessado em 16/08/2014.

¹²⁶ Disponível em: <http://jconline.ne10.uol.com.br/canal/politica/pernambuco/noticia/2015/04/28/oposicao-pede-indicacao-de-novo-presidente-e-homologacao-de-concurso-da-arpe-178678.php>. Acesso em: 01/08/2015.

O ex-presidente da Arpe, Joaquim Roldão, do Partido Democrático Trabalhista (PDT), em maio de 2015 convocou uma coletiva¹²⁷ de imprensa e denunciou que a gestão Eduardo Campos afastou, deliberadamente, a fiscalização da Arpe das OSs e de duas das quatro PPs, a Arena Pernambuco e Itaquitinga. Esses mesmos contratos estão atualmente sob auditoria especial do TCE.

Bresser Pereira (1995) afirma que a oferta de serviços públicos não estava adequada às necessidades da população. Além disso, quando se pretendia fazer modificações voltadas a essas necessidades em uma unidade da administração direta, o processo é muito mais difícil e demorado de acontecer, em função do excesso de burocracia estatal, a exemplo do modelo de contratação dos trabalhadores via edital público, a forma de adquirir ou dispor de bens, dentre outros fatores que embasaram a adoção das OSs.

Em Pernambuco, algumas dessas vantagens ainda não puderam ser verificadas nos hospitais gerenciados por organizações, seja por falta de monitoramento ou acompanhamento de ações, seja porque não existem mecanismos de avaliações de indicadores definidos.

De acordo com o Ministério Público de Pernambuco (MPPE)¹²⁸, houve a tentativa, por parte da Fundação Professor Martiniano Fernandes (Imip) de abrir filiais em vários municípios no Estado de Pernambuco; entretanto, como a criação de filiais não constava no estatuto, esse fato foi visto como uma manobra política, uma vez que a mesma se encontrava com as prestações de contas de vários anos rejeitadas.

A privatização do setor de saúde em Pernambuco se baseou no princípio da competição para justificar sua aderência e permitir contratar serviços externos, além de representar a propagação do conceito de que, pela transferência de recursos públicos, os serviços seriam melhores prestados à comunidade. Além disso, pautou-se pela lógica de que, ao se estimular organizações não governamentais sem fins lucrativos a competir entre si, ocorreria como resultado uma melhor prestação de serviços e melhor uso do dinheiro do contribuinte.

¹²⁷ Disponível em: <http://www.blogdasppps.com/2015/04/hospitais-filantropicos-defendem-modelo.html>. Acesso em: 01/09/2015.

¹²⁸ Disponível em: < http://siteantigo.mppe.mp.br/index.pl/20101507_fundacao>. Acesso em: 23/03/2015.

Outra evidência desta pesquisa foi que o Estado de Pernambuco, em conformidade com a lei 141/2012, que exige um gasto de 12%, destinou para a área da saúde um valor superior. Contudo, evidenciamos que vem ocorrendo uma pequena redução no percentual dos recursos alocados para esse setor. Constatamos também que ocorreu um aumento da destinação desses valores para a iniciativa privada através das OSs; contraditoriamente, podemos também verificar a redução do orçamento para os serviços públicos com gestão pública direta.

Desse modo, a entrega para o setor privado da gestão dos serviços públicos de saúde implica no enfraquecimento do Estado e na perda de sua capacidade gerencial em uma área vital para os interesses da sociedade. Logo, é importante avaliar a utilização de recursos do fundo público para o setor privado de saúde, que desabilita o subsetor público do SUS como principal executor de serviços e ações de saúde, conforme as propostas da CF/88.

O projeto da reforma sanitária perde progressivamente espaço na disputa hegemônica no interior do sistema, pois seus princípios e preceitos vêm sendo utilizados como forma de legitimar a racionalidade que instrumentaliza os interesses do capital, assim como a saúde torna-se uma mercadoria ou a mediação fundamental para a mercantilização. O desmonte dos ideários do projeto de reforma sanitária trouxeram ao capital novas possibilidades de maior acumulação, a partir do crescimento exponencial do mercado privado em saúde, da precarização e focalização da política pública, sucateando-se a estrutura de serviços públicos existentes, seja para estimular a demanda da população por serviços privados, seja para conquistar o consenso dos trabalhadores e usuários do SUS sobre a inevitabilidade do processo de privatização da gestão (SOARES, 2014).

Entendemos ainda que a racionalidade da contrarreforma se materializa não só na privatização do setor público de saúde, segundo afirma Soares (2014). Ela também está atrelada à lógica do desenvolvimento; à redefinição do público estatal, quando o Estado certifica que as entidades contratadas para gerir os serviços não são de natureza lucrativa, embora esses setores comprem a força de trabalho e movimentem financeiramente um montante considerado de recursos viabilizadores de compras e licitações sem controle público, sendo permitido, inclusive, aplicações bancárias de diversas naturezas. Essa dinâmica leva ao incremento da lucratividade nos moldes capitalistas e nas propostas de modelos privatizantes de gestão da saúde, aqui explorados.

O uso dos recursos do fundo público pelo setor não governamental de saúde de Pernambuco acelera a privatização do SUS; como política pública universal, esvazia a agenda político-emancipatória do projeto de reforma sanitária e aumenta as possibilidades de corrupção e desvio de recursos públicos, visto não existir nenhum tipo de fiscalização por parte da sociedade civil organizada.

Além disso, concordamos com Salvador (2012) quando assevera que o governo faz uso de muitos e diferentes artifícios para fazer prevalecer o interesse do capital na disputa dos recursos do fundo público no âmbito do orçamento estatal. No caso de Pernambuco, verificamos que a utilização das OSs representa uma das estratégias para mercantilizar a saúde pública, em que o usuário paga indiretamente pelo serviço. Dessa forma, note que a finalidade do governo estadual é deixar de ser executor para ser apenas financiador e, ao mesmo tempo, atuar somente como núcleo estratégico.

3.5.2 As organizações sociais disfarçam a privatização dos serviços públicos

O orçamento disponibilizado para o SUS, desde a CF/88, é de interesse do capital privado. De acordo com o governo federal¹²⁹, o orçamento da saúde previsto para 2015 seria de R\$ 109,2 bilhões, que representariam 8,8% a mais em relação ao previsto para 2014 (R\$ 100,3 bilhões). Com o ajuste fiscal, o orçamento sofreu redução e passou para R\$ 91,5 bilhões. Sabemos que a maior parte desse montante do orçamento público será destinada para instituições privadas (laboratórios, clínicas, hospitais etc.) e, ao mesmo tempo, o projeto privatista utiliza as forças econômicas e políticas para atacar o SUS e impedir que ele seja efetivamente público com gestão pública.

Esse projeto privatista, que possui interesses econômicos na área da saúde, tem muita influência interna no Estado e é responsável pelo funcionamento de parte dos serviços do SUS. Por causa disso, existe um maior interesse que a política de saúde seja subfinanciada para existir um mercado complementar nesse campo e, com isso, possa absorver cada vez mais os recursos do SUS.

¹²⁹ Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/governo/2015/03/orcamento-de-2015-e-aprovado-pelo-congresso>. Acesso em: 20/06/2015.

Assim, nos anos 1990, o governo instituiu as OSs como instituições privadas responsáveis por gerir os recursos públicos na atenção à saúde e que representam a contrarreforma do Estado, iniciada por FHC e continuada até a atualidade. Contrário ao contexto de medidas políticas dos princípios do SUS da CF/88, no início de 2015 a lei 13097/15 foi sancionada e permitiu a abertura do setor de Saúde para o capital estrangeiro, fornecendo respaldo legal para essas apropriações. Um exemplo foi a venda da Amil para a rede americana *UnitedHealth Group*, no valor de R\$ 6,493 bilhões¹³⁰. Nesses termos, podemos verificar a subordinação dos interesses nacionais ao capital estrangeiro. Conforme Tavares (2015), a lei 13.079 altera a lei orgânica da saúde 8.080/1990 e permite a participação direta e indireta de capitais estrangeiros na assistência à saúde, inclusive no controle de empresas.

A lei 13.079, de 2015¹³¹, referente à abertura ao capital estrangeiro na oferta de serviços à saúde, faz as seguintes modificações na lei 8080/90:

Art. 142. A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 23. É permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos:

I - doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos;

II - pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar:

a) hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada; e

b) ações e pesquisas de planejamento familiar;

III - serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social; e

IV - demais casos previstos em legislação específica.

Art. 53-A. Na qualidade de ações e serviços de saúde, as atividades de apoio à assistência à saúde são aquelas desenvolvidas pelos laboratórios de genética humana, produção e fornecimento de medicamentos e produtos para saúde, laboratórios de análises clínicas, anatomia patológica e de diagnóstico por imagem e são livres à participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros".

Segundo Granemann (2010), essas alterações são usadas porque as formas clássicas de privatização¹³² não têm uma boa repercussão na sociedade atual e

¹³⁰ Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Noticia&Num=928>. Acesso em: 20/06/2015.

¹³¹ Disponível em: www.senado.gov.br/atividade/materia/getDocumento.asp?t=60251. Acesso em: 20/06/2015.

¹³² Segundo Otero (2001), as principais formas clássicas são: 1) a utilização de formas organizativas e procedimentos de Direito Privado pela Administração; 2) privatização da regulação administrativa

existem diferenças entre seus modelos. É importante entender que nesses mecanismos foi desenvolvida a ideia de entidades como parceiras do Estado, pelo fato de a venda do patrimônio do Estado para as bolsas de valores, como aconteceu com a Vale do Rio Doce, em 1997, e as telecomunicações, em 1998, ser motivo de fortes divergências. Desta forma, as privatizações dos equipamentos e das políticas sociais executadas pelo Estado estão sendo realizadas pelas privatizações não-clássicas, visto serem menos visíveis ao conjunto dos trabalhadores em sua forma ideológica, econômica e política, do que a entrega direta do patrimônio estatal ao capital, como aconteceu nos governos anteriores.

Desta forma, podemos observar esse processo de privatização não-clássica como uma forma encontrada à utilização das OSs, que procuram passar a ilusão de uma solução a fim de aumentar a eficiência das políticas sociais e oferecer melhores condições de trabalho. De fato, através dessa manobra, o que ocorre implicitamente é a intenção de transferir parte do fundo público, utilizada para a garantia de direitos sociais dos trabalhadores, para o controle privado, como observado em Pernambuco.

A privatização não-clássica, representada pela utilização das OSs, terceiriza partes das políticas sociais de saúde e representa o passo inicial de um projeto para futuras privatizações das políticas sociais. Em outras palavras, essas organizações são uma forma de privatização, pelo fato de representar os interesses do mercado e ideologicamente tentam mascarar que não existe diferença entre o serviço público e o privado.

Assim, o fetiche da iniciativa privada, mediante o uso das OSs, procura esconder a essência dos processos do Estado do capital, que legitima a privatização dos serviços sociais, das políticas sociais e dos direitos dos trabalhadores, ou seja, os interesses privados se sobrepõem aos interesses públicos. De acordo com Granemann (2010), as reduções do Estado na execução dos serviços públicos diretos, em nome da eficácia e da eficiência, representam o aumento do Estado para o capital e, por isso, são denominadas privatização não-clássicas.

da sociedade. Isso significa uma espécie de desregulamentação da sociedade e do mercado por parte do Direito Administrativo, por matérias até então sujeitas a esse regime jurídico;3) abertura de acesso a uma atividade econômica anteriormente vedada a particulares. Isso significa que atividades anteriormente desempenhadas através de monopólio estatal passam a ser desempenhadas por particulares.; 4) a privatização do direito regulador da Administração Pública.

Esse processo tem o interesse na privatização das políticas sociais devido à possibilidade de redução do número de servidores públicos, que são os maiores oponentes aos modelos de privatizações. Assim, podemos observar que, além de privatizar os serviços sociais e destruir o potencial de crítica e oposição desta força de trabalho aos projetos do capital, a fragmentação da força de trabalho e o contrato de trabalho não estável prestam-se à repressão da organização das lutas dos trabalhadores aos preceitos dos governos do capital.

Desta forma, a análise da mediação das relações econômicas e políticas na área de saúde revela elementos da contradição entre capital e trabalho e mostra o poder da ideologia neoliberal no processo de mercantilização das políticas sociais no segmento. Isto demonstra que o processo de mercantilização da saúde está materializado nas OSs, fundamentado na privatização e na fragmentação para poder atingir os seus objetivos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ponto de partida deste estudo foi apreender a crise estrutural do capital dos anos 1970. Teve como percurso teórico metodológico a análise da Reforma Administrativa do Aparelho do Estado (Reforma do Estado), guiada pela ideologia neoliberal, que teve início no Brasil em meados dos anos 1990 e ocasionou várias alterações na execução e financiamento das políticas sociais.

As estratégias adotadas para reduzir o papel e as funções do Estado tiveram como principal finalidade abrir o setor estatal, aqui compreendido como a administração pública e empresas estatais, para a iniciativa privada. Para que isso ocorresse, foi necessário uma série de ajustes nas legislações até então vigentes, a fim de introduzir várias estratégias que beneficiassem a expansão capitalista. Um marco importante é a terceirização nos programas de privatização de empresas e de serviços públicos.

A Reforma do Estado é uma reforma ideológica do capital, que se utiliza do projeto neoliberal e atua em três grandes núcleos centrais: 1) as atividades exclusivas do Estado, constituídas pelo núcleo estratégico; 2) os serviços científicos do Estado (educação, ciência e tecnologia, saúde, assistência social, habitação, transporte, vias e ferrovias, cultura, esporte e lazer, dentre outros) que deveriam ser publicizados (transferência da gestão de serviços e atividades não exclusivas do Estado, para o setor público não-estatal) e as atividades ou serviços auxiliares terceirizados (limpeza, vigilância, serviços técnicos de informática e processamento de dados, outros), que deveriam ser submetidos à licitação pública; 3) a produção de bens e serviços para o mercado (através dos programas de privatização e desestatização).

A Reforma do Estado alcançou o SUS, em particular o subsetor público, pela redução orçamentária que culminou no sucateamento das unidades, filas, atendimento de baixa qualidade, ausência de concursos públicos para suprir a falta de servidores, baixos salários, dentre outros. Esse cenário, consolidado durante anos à revelia dos defensores do Projeto de Reforma Sanitária, estrategicamente, é também o cenário ideal para implantar a proposta defendida pelos representantes do capital privado da saúde. Ou seja, esse cenário, com a imagem de ineficiência e ineficácia construído, é o pano de fundo da racionalidade da contrarreforma. Para os setores neoliberais que conformam o Estado brasileiro, a saída é a implantação de

um modelo privatizante de gestão para solucionar os problemas na execução da política.

Os governos estaduais elaboraram legislações para o setor saúde que permitissem a adoção de modelos privatizantes de gestão na administração pública como resposta à crise estabelecida. A solução para os gestores só ocorreria através da modernização da gestão via terceirização de serviços, aqui entendida como racionalidade da contrarreforma, tomado de empréstimo de Soares (2014).

A racionalidade da contrarreforma defende que os serviços de saúde sejam executados visando o lucro, embora não necessariamente se apresentem de forma explícita como mercadoria, que envolve produtividade, meta, eficiência e eficácia, negando à saúde a característica de direito universal. Para tanto, defendem a expansão do lucro mediante a abertura do acesso aos recursos do fundo público via OSs.

Nessa proposta, o Estado deve assumir os serviços menos rentáveis e menos complexos, pelo fato de esses não gerarem lucro, portanto, não são interessantes ao capital. Na saúde, o setor privado historicamente prefere gerenciar os serviços de alta complexidade, que são de alta rentabilidade.

Em Pernambuco, a alocação dos recursos do fundo público para a iniciativa privada, através da adesão aos modelos privatizantes de gestão, ocasionou uma disputa envolvendo entidades apresentadas como de interesse social, logo, sem fins lucrativos; gerou retrocesso no campo dos direitos trabalhistas; e reduziu o financiamento dos serviços gerenciados pela administração pública. Igualmente, constatamos uma forte relação entre o Plano Diretor de Reforma do Estado (PDRE), do Mare, e os documentos do BM com as políticas executadas pelo governo Lula, que abandonou a universalização dos direitos sociais defendidos pelo MRS. Ou seja, o financiamento e gestão da saúde permaneceram com a mesma lógica neoliberal, voltada à contenção dos gastos, mas ao mesmo tempo para a gestão privada, a fim de gerir os serviços que eram exclusivos do Estado.

Apesar de as instituições do setor privado não terem se mostrado capazes de executar as ações pactuadas no contrato público, seus defensores argumentam que essas organizações iriam atuar através de um regime de liberdade controlada. Dessa forma, o interesse do capital prevaleceu na disputa por recursos do fundo público no âmbito do orçamento estatal da saúde, o que representa o fortalecimento da hegemonia dos grupos corporativos de medicina privada.

Ademais, verificamos que a gestão pública foi responsável pela quase totalidade dos atendimentos de alta complexidade, bem mais onerosos, que deveriam ser executados pelas OSs, visto que estas foram adotadas para essa finalidade. Nesse sentido, afirmamos que não houve a transferência do fluxo de pacientes dos hospitais com gestão pública para os administrados pelas OSs, pois, nos dois modelos de gestão de unidades hospitalares, ocorreu um aumento do acesso dos usuários às unidades de saúde e enfatizamos que a totalidade dos atendimentos de alta complexidade ficou a cargo da administração pública direta. Além de não ter existido essa transferência, não ocorreu redução dos custos, que seria conseguida com a utilização desse modelo de gestão.

Asseveramos que o custo por um atendimento de alta complexidade realizado pela OS foi três vezes superior ao custo de um atendimento realizado na gestão pública direta. Portanto, a adesão ao modelo para o gerenciamento de unidades de saúde teve como objetivo central a transferência e a apropriação de recursos e responsabilidades estatais.

Dessa forma, o modelo privatizante de gestão foi uma quimera, representada por uma falsa competição entre as organizações que defendem a ideia de concorrência praticada pelo mercado, pois apenas uma OS (Fundação Martiniano Fernandes – Imip Hospitalar) se apropriou de 69,3% dos recursos da saúde destinados para esse modelo e, além disso, as OSs não trouxeram as vantagens defendidas por seus idealizadores.

Os hospitais com gestão direta do Estado se revelaram mais eficientes e eficazes que o modelo considerado “inovador”, pois realizaram muito mais atendimentos de alta complexidade, além de terem alocado menos recursos do fundo público da saúde. Dessa forma, vale salientar que não deixaram de realizar o seu papel social de prestação de serviços para a sociedade.

A estratégia ídeo-política de inserção do modelo privatizante de gestão mostrou-se eficiente para apropriação do fundo público da saúde, o que confirma a hipótese de que as OSs serviram para alocar o fundo público e expandir uma nova modalidade de expressão do setor privado da saúde em Pernambuco.

Vale salientar que esse modelo não tem nada de novo: a transferência dos recursos do fundo público para o setor privado é bem conhecida nos meios acadêmicos e políticos, porém, a inovação dessa estratégia é a capacidade de transformar unidades hospitalares públicas em espaços de lucratividade.

Concluimos que as insídias postas pelo capital para se apropriar dos fundos públicos não são nenhuma inovação. Pelo contrário, mudam-se os senhores e as estratégias que favorecem a hegemonia do capital, em detrimento das necessidades sociais da população, que se perpetuam.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F.L. Responsabilização pela competição administrada. In: BRESSER-PEREIRA, L.C.; CUNILLGRAU, N. **Responsabilização na administração pública**. São Paulo: CLAD/Fundap, 2006.

ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. *In*: SADER, Emir; GENTILI, Pablo (Orgs.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. 5. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000, p.9-23.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. 2. ed. rev. ampl. São Paulo: Cortez, 1995.

_____. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 2009.

ARRETCHE, Marta. Federalismo e igualdade territorial: uma contradição em termos? **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 3, 2010, p. 587- 620.

ASSIS, S. S. **O sindicalismo dos trabalhadores do setor público e as reformas neoliberais de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002)**. 2006. 242 f. Tese. (Doutorado em Ciências Sociais). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

AUGUSTO, André Guimarães. A imposição do caráter social da produção por meio da concorrência. **Nova Economia**, Belo Horizonte, v. 22, n. 1, p. 11-27, abr. 2012.

BALEEIRO, Aliomar. **Uma introdução à Ciência das Finanças**. 16. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2002.

BANCO MUNDIAL. **Brasil: novo desafio à saúde do adulto**. Washington, D.C., 1991 (Série de estudos do Banco Mundial sobre países). 146 páginas.

_____. **RELATÓRIO Nº 12655 – BR**. A organização, prestação e financiamento da saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90. Washington, D.C., 1995.

_____. **Relatório Nº. 36601-BR**. Brasil- Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil: Melhorando a qualidade do gasto público e gestão de recursos. Unidade de Gerenciamento do Brasil. Departamento de Desenvolvimento Humano. Departamento de Redução de Pobreza e Gestão Econômica Região da América Latina e do Caribe. 15 de fevereiro de 2007. Disponível em: <<http://siteresources.worldbank.org/BRAZILINPOREXTN/Resources/3817166-1185895645304/4044168-1186326902607/19GovernancaSUSport.pdf>>.

_____. **Sistemas de Informação para o Monitoramento dos Hospitais Públicos do Estado** de São Paulo. Informe Final NLTA (EW-P115228). 2010a.

_____. **72380 Public disclosure**. Washington (DC); June 2010b.

BARBOSA, Nelson Bezerra. **O modelo de administração direta e as organizações sociais de saúde: um estudo comparado**. 2005. (Doutorado). Faculdade de Medicina – USP, 2005.

BARBOSA, Nelson Bezerra; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. **Ciência e Saúde Coletiva** [online] v.15, n.5, p. 2483-2495, 2010.

BATISTA JR., Paulo Nogueira. Mitos da "globalização". **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 12, n. 32, p. 125-186, abr. 1998.

BATISTA, Paulo Nogueira. **O Consenso de Washington: a visão neoliberal dos problemas latino-americanos**. São Paulo: Editora Pedex, 1994.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma. Desestruturação do Estado e perda dos direitos**. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. Crise do capital, fundo público e valor. In: BOSCHETTI, I. et al. **Capitalismo em crise, política social e direitos**. São Paulo: Cortez, 2010.

BEHRING, Elaine; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social – fundamentos e história**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BORGES, Fabiano Tonaco et al. (Orgs). **Anatomia da privatização neoliberal do SUS: o papel das organizações sociais**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012.

BORÓN, Atílio. A questão do imperialismo. In: BORÓN, A.; AMADEO, J.; GONZÁLEZ, S. (Orgs.). **A teoria marxista hoje**. Buenos Aires: Editora Expressão Popular, 2006.

_____. Os “novos Leviatãs” e a pólis democrática: neoliberalismo, decomposição estatal e decadência da democracia na América Latina. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo (Orgs.). **Pós – neoliberalismo II: que Estado para que democracia?** 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

BOSCHETTI, Ivanete. **Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação**. 2006. Disponível em: www.egem.org.br/a9xp/scripts/a9_download.php?f=%2Fwww%2Fegem%2Farquivosbd%2Fbasico%2F0.505783001251746904_ivanet

e_boschetti_unidade_i.pdf&fn=ivanete_boschetti_unidade_i.pdf Acesso em: 10 jul. 2014.

_____. **Política Social no capitalismo**. São Paulo: Cortez, 2008.

BRASIL. Presidência da República. Câmara da Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília, nov. 1995.

_____. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Organizações sociais**. Brasília: 1997. 74p.

_____. Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. Grupo de Trabalho da Saúde. **Fundamentos básicos para atuação do MPF contra a terceirização da gestão dos serviços prestados nos estabelecimentos públicos de saúde**. Brasília [s.d.].

_____. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. A reforma administrativa do sistema de saúde. Brasília: 1998. 33 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados 8**. 2003-2010 - **Governo Lula**, a. 7, n. 11, out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento. **Glossário temático: economia da saúde**. 3. ed. Brasília: 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados 11**. a. 7, n. 11, out. 2012b.

BRAVO, Maria Inês Souza. A política de saúde na década de 90: projetos em disputa. Superando desafios. **Cadernos do Serviço Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto Rio de Janeiro**, v. 4, 1999.(pag. 185-198).

_____. Desafios atuais do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS). **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, 2006. n.88.

_____. Serviço Social e Saúde: desafios atuais. **Temporalis- Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social- ABEPSS**. Política de Saúde e Serviço Social: impasses e desafios, n. 13, 2007.

BRAVO, Maria Inês S.; MENEZES, Juliana S. Bravo de. Política de saúde no Governo Lula. In: BRAVO Maria Inês Souza et al. (Orgs). **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008. p. 17-21.

_____. A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al. (Orgs.). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011. p. 15-28.

BRAZ, Marcelo. O governo Lula e o projeto ético-político do Serviço Social. **Serviço Social Sociedade**, São Paulo: Cortez, 2004. n. 78.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Reforma administrativa do sistema de saúde. In: **REUNIÃO DO CONSELHO DIRETIVO DO CLAD, 25**. Buenos Aires, 1995.

_____. **Reforma do Estado para a cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional**. São Paulo: Editora 34; Brasília: Enap, 1998.

_____. State reform in the 1990s, logic and control mechanisms. In: BURLAMAQUI, L.; CASTRO, A. C.; CHANG, H.-J. (Eds.). **Institutions and the role of the State**. Cheltenham: Edward Elgar, 2000. v. 1, p. 175-219.

_____. Os primeiros passos da reforma gerencial do Estado de 1995. **Revista Brasileira de Direito Público - RBDP**, Belo Horizonte, a. 6, n. 23, p. 145-186, out./dez. 2008a.

_____. O modelo estrutural de gerência pública. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 391-410, abr. 2008b.

CACCIAMALI, Maria Cristina. As políticas ativas de mercado de trabalho no Mercosul. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 19, n. 55, dez. 2005.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Reflexões sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS): um modo singular de produzir política pública. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, 2006. n. 87.

CARDOSO, Felipe Monte; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Reformas neoliberais, reforma sanitária brasileira e fundações estatais de direito privado: análise de documento da Fundação Estatal de Saúde da Família (Fesf) - Bahia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 219-232, jun. 2013.

CASANOVA, Pablo González. Globalidade, neoliberalismo e democracia. In: GENTILI, P. (Org.). **Globalização excludente: desigualdade, exclusão e**

democracia na nova ordem mundial. Petrópolis: Vozes; Buenos Aires: Clacso, 2008.

CATTANI, A.; DIAZ, L. (Orgs.). **Desigualdades na América Latina: novas perspectivas analíticas.** Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2005.

CENTRO DE EDUCAÇÃO E ASSESSORAMENTO POPULAR. **Pacto pela saúde: possibilidade ou realidade?** 2. ed. Passo Fundo : Ifibe, 2009.

CHESNAIS, F. **A mundialização do capital.** São Paulo: Xamã, 1996.

CHOMSKY, Noam. Democracia e mercados na nova ordem mundial. In: GENTILI, Pablo (Org.). **Globalização excludente: desigualdade, exclusão e democracia na nova ordem mundial.** 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 7-45.

CLAD. **Uma nova gestão pública para a América Latina.** Outubro de 1998. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/Documents%5CMARE%5CCLAD%5Cngppor.pdf>. Acesso em: 28/07/2013.

COELHO, E. **Uma esquerda para o capital. Crise do marxismo e mudanças dos projetos políticos dos grupos dirigentes do PT (1979-1998).** 2005. Tese (Doutorado). Programa de Pós-graduação em História, Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, 2005.

COHN, Amélia. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: **ESTADO e políticas sociais no neoliberalismo.** 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008. p. 225-244. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Para entender o Pacto pela Saúde.** Brasília: 2006.

CORE, Fabiano G. Reforma gerencial dos processos de planejamento e orçamento. In: GIACOMONI, J.; PAGNUSSAT, J. L. (Eds.). **Planejamento e orçamento governamental.** Brasília: Enap, 2007. v. 2, p. 219-261.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Por que ser contra os novos modelos de gestão no SUS? In: BRAVO, Maria Inês Souza; Menezes, Juliana Souza Bravo et al. **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade.** Rio de Janeiro: UERJ; Rede Sirius, 2011. p. 43-49.

CORTES, Soraya Vargas. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, jul. 2009 .

COUTINHO, Carlos Nelson. A época neoliberal: revolução passiva ou contra-reforma? **Novos Rumos**, Marília, v 49, n 1, p. 117-126, jan.-jun. 2012.

DAIN, Sulamis. Bases institucionais e financeiras da Seguridade Social no Brasil. In: LOBATO, Lenaura de V. C.; FLEURY, Sônia. (Orgs.). **Seguridade social, cidadania e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 143-159.

DAIN, Sulamis; SOARES, Laura Tavares. Reforma do Estado e políticas públicas: relações intergovernamentais e descentralização desde 1998. In: OLIVEIRA, Marco Antonio de (Org.). **Reforma do Estado e políticas de emprego no Brasil**. Campinas: Unicamp, 1998. p. 31- 72.

DAVI, J. et al. Carga tributária e política social: considerações sobre o financiamento da Seguridade Social. In: DAVI, J.; MARTINIANO, C.; PATRIOTA, L.M. (Orgs.). **Seguridade social e saúde: tendências e desafios** [online]. 2. ed. Campina Grande: EDUEPB, 2011. p. 59-84.

FALEIROS, Vicente de Paula. Natureza e desenvolvimento das políticas sócias no Brasil. **Capacitação em serviço social e política social**. Modulo 03: Reprodução Social, Trabalho e Serviço Social. Brasília: UnB, 2000.

FAVERET FILHO, P.; OLIVEIRA, P. J. A. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. **Planejamento e Políticas Públicas**, v. 3, p.139-182, 1990.

FEIJÓO, José Carlos Valenzuela. O Estado neoliberal e o caso mexicano. In: LAURELL, Asa Cristina. **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

FILGUEIRAS, Luiz ; GOLÇALVES, Reinaldo. **A economia política do governo Lula**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2007.

FILGUEIRAS, L.; PINHEIRO, B.; PHILIGRET, C. ; BALANCO, P. Modelo liberal-periférico e bloco de poder: política e dinâmica macroeconômica nos governos Lula. In: **OO ANOS Lula. Contribuições para um balanço crítico: 2003 – 2010**. Rio de Janeiro: Garamont, 2010. 423 p.

FONSECA, Tania Mara Galli. Trabalho e subjetividade. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis : EDUFSC, n.28, p.35-49, out. 2000.

FÓRUM BRASIL DE ORÇAMENTO. **A reforma tributária afeta as políticas sociais**. 2009. Disponível em http://www.corecon-rj.org.br/tomadadeposicao_002-08.asp. Acesso em: 13/07/2014.

GARCIA, Ronaldo C. A reorganização do processo de planejamento do governo federal: o PPA 2000-2003. Brasília: **Ipea**, maio 2000.(Texto para discussão n. 726).

GERSCHMAN, S. **A Democracia Inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária Brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GÓMEZ, José Maria. Globalização da política: mitos, realidades e dilemas. In: GENTILI, Pablo (Ed.). **Globalização excludente: desigualdade, exclusão e democracia na nova ordem mundial**. Petrópoli: Vozes, 1999.

GONÇALVES, R. Desempenho macroeconômico em perspectiva histórica: governo Lula (2003-2010). In: **OS ANOS Lula. Contribuições para um balanço crítico: 2003 – 2010**. Rio de Janeiro: Garamont, 2010.

GONÇALVES, Reinaldo; POMAR, Valter. **O Brasil endividado: como nossa dívida externa aumentou mais de 100 bilhões de dólares nos anos 90**. 2. ed. São Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo, 2002.

GRANEMANN, Sara. Fundações estatais: projeto de Estado do capital. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al. **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e a agenda para a saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: UERJ; Rede Sirius, 2008.

_____. Seminário debate relações público-privado no SUS. **Conselho Nacional de Saúde**. 2010. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2010/11_nov_semi_3dia.html. Acesso em: 19/06/2014.

GUARDIA, Eduardo Refinetti. **O processo orçamentário do Governo Federal: considerações sobre o novo arcabouço institucional e a experiência recente**. São Paulo: Instituto de Economia do Setor Público, 1993.

GUIMARÃES, Tomás de Aquino. O modelo Organizações Sociais: lições e oportunidades de melhoria. **Revista do Serviço Público**, v. 54, n. 1, p. 97-115, jan. 2003.

HARVEY, David. **Condição pós-moderna**. São Paulo: Loyola, 1992.

_____. **O novo imperialismo**. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

HAYEK, F. **O caminho da servidão**. 5. ed. Rio de Janeiro: Instituto Liberal, 1990.

HONORATO, Cezar. O fundo público e as relações entre Estado e cidadania. **Revista de História Econômica e Economia Regional Aplicada**, v. 3, n. 4, jan./jun. 2008.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. São Paulo: Corte, 2008.

IBAÑEZ, Nelson; VECINA NETO, Gonzalo. Modelos de gestão e o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, p.1831-1840, 2007.

IBARRA, David. O neoliberalismo na America Latina. **Revista de Economia Política**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 238-248, jun. 2011.

INESC. **Reforma tributária desmonta o financiamento das políticas sociais**. Brasília, 2008. (Nota técnica n. 140)

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. **Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência**. São Paulo: Singular, 2009.

LAURELL, Asa Cristina. **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência e Saúde Coletiva** [online] v. 6, n.2, p. 269-291, 2001.

LOBATO, Lenaura de V. C. Dilemas da institucionalização de políticas sociais em vinte anos de Constituição de 1988. In: LOBATO, Lenaura de V. C.; FLEURY, Sônia. (Orgs.). **Seguridade social, cidadania e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 143-159.

MANDEL, Ernest. **Capitalismo tardio**. São Paulo: Abril Cultural, 1985.

_____. **A crise do capital: os fatos e sua interpretação marxista**. São Paulo: Ensaio, 1990.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. Manifesto do partido comunista. **Estudos Avançados** [online] v.12, n.34, p. 7-46, 1998.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing**. São Paulo: Atlas, 1994.

MATIJASCIC, Milko. **Presença do Estado no Brasil: federação, suas unidades e municipalidades**. 2.ed. rev. e ampl. Brasília: Ipea, 2010.

MENDES, A. **Tempos turbulentos na saúde pública brasileira: os impasses do financiamento no capitalismo financeirizado**. São Paulo: Hucitec, 2012.

_____. O fundo público e os impasses do financiamento da saúde universal brasileira. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1183-1197, dez. 2014.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p. 77-92, jan.-mar. 2014.

MÉSZÁROS, István. A crise estrutural do capital. **Revista Outubro**, n. 4. São Paulo: Instituto de Estudos Socialistas, 2000.

_____. **O século XXI: Socialismo ou barbárie?** São Paulo: Boitempo Editorial, 2003.

MODESTO, P. A publicização e o tratamento da problemática dela decorrente. In: **Congresso o modelo de OS – lições e oportunidades de melhoria**. Brasília: Seges/Enap, 2001.

MONTAÑO, Carlos; DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Estado, classe e movimento social**. São Paulo: Cortez, 2010.

MONTEIRO, Jorge Vianna. O orçamento público e a transição do poder. **Cadernos Ebape.BR**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, jul. 2004.

MOREIRA, Sonia Virgínia. Análise documental como método e como técnica. In: DUARTE, Jorge; BARROS, Antonio (Orgs.). **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo: Atlas, 2005. p. 269-279.

MOTA, A. E. **Cultura da crise e seguridade social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90**. São Paulo: Cortez, 1995.

_____. Serviço Social e Seguridade Social: uma agenda política recorrente e desafiante. **Revista Em Pauta**, Rio de Janeiro, n. 20, 2007. Pag. 127-140.

_____. Crise contemporânea e as transformações na produção capitalista. In: **SERVIÇO SOCIAL: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. (Publicação: Conselho Federal de Serviço Social - CFESS, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS). v.1, p. 61-68.

NETTO, José Paulo. Uma face contemporânea da barbárie. In: ENCONTRO INTERNACIONAL “CIVILIZAÇÃO OU BARNÁRIE”, 3. **Anais...** Seção temática “O agravamento da crise estrutural do capitalismo. O socialismo como alternativa à barbárie”. Serpa, 30-31 de outubro/1º de novembro de 2010. p.1-41.

_____. Entrevista. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9 n. 2, p. 333-340, jul./out. 2011.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia política: uma introdução crítica 7. ed.** São Paulo: Editora Cortez, 2011.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. **As possibilidades da política: ideias para a reforma democrática do Estado.** São Paulo: Paz e Terra, 1998.

_____. Bem mais que pós-moderno: poder, sociedade civil e democracia na modernidade periférica radicalizada. **Ciências Sociais Unisinos**, v. 43, n. 1, jan./ab. 2007, p. 46-56.

OLIVEIRA, Alfredo Almeida Pino de. **Análise documental do processo de capacitação dos multiplicadores do projeto “Nossas crianças: janelas de oportunidades” no município de São Paulo à luz da promoção da saúde.** 2007. 210 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Coletiva). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

OLIVEIRA, Francisco de. **Os direitos do antivalor: a economia política da hegemonia imperfeita.** Petrópolis: Vozes, 1998.

_____. **Economia e política das finanças públicas: uma abordagem crítica da teoria convencional, à luz da economia brasileira.** São Paulo: Hucitec, 2009.

OLIVIO, Luis Carlos Cancellier de. **As organizações sociais e o novo espaço público.** Florianópolis: Fepese-Editorial Studium, 2005.

PAES, José Eduardo Sabo. **Fundações e entidades de interesse social: aspectos jurídicos, administrativos, contábeis e tributários.** 2. ed. Brasília: Brasília Jurídica, 2000.

PAIM, J. Bases conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. In: FLEURY, Sônia (Org.). **Saúde e democracia: a luta do Cebes.** São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

_____. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: **Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde – contradições e desafios em 20 anos de SUS.** (Org) MATTA, Gustavo Correa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2008.

_____. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** Salvador: EDUFBA/ Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010.

PETRAS, James. **Armadilha neoliberal e alternativas para a América Latina.** São Paulo: Xamã, 1999.

PINHEIRO, Marcelo Cardoso; WESTPHAL, Márcia Faria; AKERMAN, Marco. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal Brasileira de 1988. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, abr. 2005.

REZENDE, Conceição Aparecida Pereira. O modelo de gestão do SUS e as ameaças do projeto neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al.(Orgs.). **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde.** 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Rede Sirius; Adufrj-SSind, 2008. p. 25-36.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **O Banco Mundial e as Políticas de saúde no Brasil nos Anos 90: um projeto de desmonte do SUS.** Campinas, 2000, 260f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Federal de Campinas, 2000.

ROCHA, P. Concepções dos fundos e seus impactos nas políticas sociais. In: MAGALHÃES JÚNIOR, J.; TEIXEIRA, A. C. (Orgs.). **Fundos públicos e políticas sociais.** São Paulo: Instituto Pólis, 2004. p. 85-92.

SADER, E. Estado e democracia: os dilemas do socialismo na virada de século. In: SADER, E.; GENTILI, P. (Orgs.). **Pós-Neoliberalismo II: que estado para que democracia?** 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

SALVADOR, Evilasio. O impacto da reforma tributária para a seguridade social. **Inesc - Instituto de Estudos Socioeconômicos.** 2009. Disponível em: <http://www.inesc.org.br/biblioteca/textos>. Acesso em: 17/06/2014.

_____. **Fundo público e Seguridade Social no Brasil.** São Paulo: Cortez Editora, 2010a. 430p.

_____. Fundo público e políticas sociais na crise do capitalismo. **Serv. Soc. Soc.** [online]. 2010a, n.104, pp. 605-631, 2010b.

_____. Fundo Público e o financiamento das Políticas Sociais no Brasil. **SERV. SOC. REV.**, Londrina, v. 14, n.2, p. 504-522, jan./jun. 2012.

SANCHES, Osvaldo M. O ciclo orçamentário: uma reavaliação à luz da Constituição de 1988. In: GIACOMONI, J.; PAGNUSSAT, J. L. (Eds.). **Planejamento e orçamento governamental**. Brasília: Enap, 2007. v. 2, p.187-217.

SANO, Hironobu; ABRUCIO, Fernando Luiz. Promessas e resultados da nova gestão pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 48, n. 3, set. 2008. pp. 64-80.

SANTOS, L. A. dos. **Agencificação, publicização, contratualização e controle social- Possibilidade no âmbito da reforma do aparelho do Estado**. Brasília/DF: Editora: Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar – Diap, 2000.

SCATENA, João Henrique Gurtier; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 47-74, dez. 2001.

SILVA, Alessandra Ximenes. A reforma sanitária brasileira na contemporaneidade: resistência ou consenso. **Revista Katálýsis**, Florianópolis, v. 17, n. 2, dez. 2014. p. 159-166.

SILVA, Giselle Souza da. Financeirização do capital, fundo público e políticas sociais em tempos de crise. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al. (Orgs.). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011. p. 10-14.

SILVA, Matheus Passos. **Relações entre o estado e democracia na teoria política contemporânea**. Brasília: Vestnik, 2015.

SOARES, Laura Tavares. **Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina**. Petrópolis: Vozes, 2001.

SOARES, R. C. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social**. [Tese] Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, UFPE, Recife, 2010a.

_____. Contrarreforma na política de saúde e prática profissional do Serviço Social nos anos 2000 In: MOTA, Ana E. (Org.). **As ideologias da contrarreforma e o Serviço Social**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2010b.

_____. A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social. In: BRAVO, Maria Inês de Souza; MENEZES, Juliana de Souza Bravo. **Saúde, Serviço Social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais**. São Paulo: Cortez, 2012. p. 85-110.

_____. Contrarreforma na política de saúde e a ênfase nas práticas assistenciais e emergenciais. In: **ANÁLISE da política de saúde brasileira**. Vitória: Edufes, 2014. p.15-41.

SUNKEL, Osvaldo. Globalização, neoliberalismo e reforma do Estado. In: BRESSER PEREIRA, L. C.; WILHEIM, Jorge; SOLA, Lourdes (Orgs.). **Sociedade e estado em transformação**. São Paulo: Editora Unesp; Brasília: Enap, 1999,. p.173-195.

TAVARES, Maria de C., FIORI, José L. **Desajuste global e modernização conservadora**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

TAVARES, Viviane. Capital estrangeiro na saúde. **Revista Polis**, Rio de Janeiro, a. 7, n. 38. jan./fev. 2015.

THEODORO, M.; DELGADO, G. **Política social: universalização ou focalização – subsídios para o debate**. **Políticas sociais: acompanhamento e análise**. Brasília, Ipea, n.7, ago. 2003.

THERBORN, Göran. Pós-neoliberalismo: a história não terminou. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo (Orgs.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

TROSA, S. **Gestão pública por resultados: quando o Estado se compromete**. Rio de Janeiro: Revan, 2001.

VADELL, Javier Alberto; CARVALHO, Pedro Henrique Neves de. Neoliberalismo na América do Sul: a reinvenção por meio do estado. **Contexto int.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 75-111, jun. 2014.

VASQUEZ, D. A. Modelos de classificação do welfare state: as tipologias de Titmuss e Esping-Andersen. **Revista Pensamento & Realidade.**, São Paulo., v. 21, 2007.

VICENTE, Maximiliano Martins. A crise do Estado de bem-estar social e a globalização: um balanço. In: _____. **História e comunicação na ordem internacional** [online]. São Paulo: Editora Unesp, 2009. 214 p.

WHITEHEAD, M. *The concepts and principles of equity in health*. **International Journal of Health Services**, v. 22, n. 3: 429-445, 1992.

ANEXO A - PROCEDIMENTOS DE MÉDIA/ALTA COMPLEXIDADE

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO
303040017	AJUSTE MEDICAMENTOSO DE SITUAÇÕES NEUROLÓGICAS AGUDIZADAS
408060034	ALONGAMENTO E/OU TRANSPORTE DE OSSOS LONGOS (EXCETO DA MÃO E DO PÉ)
404030084	ALVEOLOPLASTIA COM ENXERTO OSSEO EM PACIENTE COM ANOMALIA CRANIOFACIAL
408060042	AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE DEDO
408020016	AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE MÃO E PUNHO
408020024	AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE MEMBROS SUPERIORES
408050012	AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES
408050020	AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE PÉ E TARSO
407020012	AMPUTAÇÃO COMPLETA ABDOMINO-PERINEAL DO RETO
407030018	ANASTOMOSE BILEO-DIGESTIVA
406020019	ANASTOMOSE ESPLENO-RENAL / OUTRA DERIVAÇÃO CENTRAL
407020039	APENDICECTOMIA
503010014	ÁREAS RELACIONADAS A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE
408030011	ARTRODESE CERVICAL / CÉRVICO TORÁCICA POSTERIOR CINCO NÍVEIS
408030917	ARTRODESE CERVICAL / CÉRVICO TORÁCICA POSTERIOR QUATRO NÍVEIS
408030038	ARTRODESE CERVICAL / CÉRVICO-TORÁCICA POSTERIOR DOIS NÍVEIS
408030046	ARTRODESE CERVICAL / CÉRVICO-TORÁCICA POSTERIOR SEIS NÍVEIS
408030020	ARTRODESE CERVICAL / CÉRVICO-TORÁCICA POSTERIOR UM NÍVEL
408030089	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR C1-C2 VIA TRANS-ORAL / EXTRA-ORAL
408030097	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR CINCO NÍVEIS
408030070	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR DOIS NÍVEIS
408030100	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR QUATRO NÍVEIS
408030062	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR TRES NÍVEIS
408030119	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR UM NÍVEL
408030127	ARTRODESE CERVICAL POSTERIOR C1-C2
408040017	ARTRODESE COXOFEMORAL
408040025	ARTRODESE DA SÖNFISE PÚBICA
408010029	ARTRODESE DE GRANDES ARTICULAÇÕES ESCAPULO-UMERAIS
408020032	ARTRODESE DE MÉDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR
408050039	ARTRODESE DE MÉDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR
408060050	ARTRODESE DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES
408030143	ARTRODESE INTERSOMÁTICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL DOIS NÍVEIS
408030151	ARTRODESE INTERSOMÁTICA VIA POSTERIOR / PÓSTERO-LATERAL QUATRO NÍVEIS
408030194	ARTRODESE OCCIPTO-CERVICAL (C4)POSTERIOR
408030208	ARTRODESE OCCIPTO-CERVICAL (C5) POSTERIOR

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO
408030216	ARTRODESE OCCIPTO-CERVICAL (C6)POSTERIOR
408030232	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA ANTERIOR UM NÍVEL
408030283	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR CINCO NÍVEIS
408030275	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR TRÊS NIVEIS
408030291	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR, DOIS NÍVEIS,
408030305	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR, QUATRO NÖVEIS,
408030313	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR, SEIS NÖVEIS,
408020040	ARTROPLASTIA DE ARTICULAÇÃO DA MÇO
408020059	ARTROPLASTIA DE CABEÇA DO RADIO
408050047	ARTROPLASTIA DE JOELHO (NAO CONVENCIONAL)
408040076	ARTROPLASTIA DE REVISÇO OU RECONSTRUÇÃO DO QUADRIL
408010045	ARTROPLASTIA ESCAPULO-UMERAL PARCIAL
408010053	ARTROPLASTIA ESCAPULO-UMERAL TOTAL
408010061	ARTROPLASTIA ESCAPULO-UMERAL TOTAL - REVISÇO / RECONSTRUÇÃO
408040050	ARTROPLASTIA PARCIAL DE QUADRIL
408050055	ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO - REVISAO / RECONSTRUCAO
408040084	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO QUADRIL CIMENTADA
408050063	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO JOELHO
408040092	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO QUADRIL NÇO CIMENTADA / HÖBRIDA
408050071	ARTROPLASTIA UNICOMPARTIMENTAL PRIMARIA DO JOELHO
413010015	ATENDIMENTO DE URGENCIA EM MEDIO E GRANDE QUEIMADO
201010127	BIOPSIA DE CORPO VERTEBRAL A CEU ABERTO
201010534	BIOPSIA ESTEREOTAXICA
403050030	BLOQUEIOS PROLONGADOS DE SISTEMA NERVOSO PERIFERICO / CENTRAL COM BOMBA DE INFUSAO
412010011	BRONCOTOMIA E/OU BRONCORRAFIA
406010102	CARDIORRAFIA
412050137	CIRURGIA REDUTORA DO VOLUME PULMONAR (QUALQUER METODO)
409010081	CISTORRAFIA
409010090	CISTOSTOMIA
407030026	COLECISTECTOMIA
407030034	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA
407020063	COLECTOMIA PARCIAL (HEMICOLECTOMIA)
407020071	COLECTOMIA TOTAL
407030050	COLEDOCOPLASTIA
407030069	COLEDOCOTOMIA C/ OU S/ COLECISTECTOMIA
407030077	COLEDOCOTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA
407020098	COLORRAFIA POR VIA ABDOMINAL
407020101	COLOSTOMIA
409070106	COLPOTOMIA
413040020	CORREÇÃO DE RETRAÇÃO CICATRICIAL VARIOS ESTÁGIOS
409050032	CORREÇÃO DE HIPOSPADIA (1o TEMPO)
403030056	CRANIECTOMIA POR TUMOR ÓSSEO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO
403010012	CRANIOPLASTIA
403010020	CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA
403010039	CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA DA FOSSA POSTERIOR
403010063	CRANIOTOMIA PARA RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRACRANIANO
403030013	CRANIOTOMIA PARA BIOPSIA ENCEFALICA
403030030	CRANIOTOMIA PARA RETIRADA DE TUMOR CEREBRAL INCLUSIVO DA FOSSA POSTERIOR
403030048	CRANIOTOMIA PARA RETIRADA DE TUMOR INTRACRANIANO
415040027	DEBRIDAMENTO DE FASCEITE NECROTIZANTE
415040035	DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS
407010017	DEGASTROGASTRECTOMIA C/ OU S/ VAGOTOMIA
403010080	DERIVACAO RAQUE-PERITONEAL
403010098	DERIVACAO VENTRICULAR EXTERNAR-SUBGALEAL EXTERNA
403010101	DERIVACAO VENTRICULAR PARA PERITONEO / ATRIO / PLEURA / RAQUE
408040106	DESARTICULAÇÃO COXOFEMORAL
408010070	DESARTICULACAO DA ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL
403010110	DESCOMPRESSAO DE ORBITA POR DOENÇA OU TRAUMA
403040027	DESCOMPRESSAO NEUROVASCULAR DE NERVOS CRANIANOS
408060093	DESCOMPRESSÃO COM ESVAZIAMENTO MEDULAR POR BROCAJEM / VIA CORTICOTOMIA
408030364	DESCOMPRESSÃO OSSEA NA JUNÇÃO CRANIO-CERVICAL VIA POSTERIOR
408030372	DESCOMPRESSÃO OSSEA NA JUNÇÃO CRANIO-CERVICAL VIA POSTERIOR C/ DUROPLASTIA
412030012	DESCORTICAÇÃO PULMONAR
301060010	DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA PEDIATRICA
301060070	DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA
301060088	DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA MEDICA
303170018	DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM PSIQUIATRIA
408030380	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (1 NÓVEL C/ MICROSCOPIO)
408030402	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (DOIS NÓVEIS)
408030410	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (DOIS OU MAIS NIVEIS C/ MICROSCOPIO)
408030429	DISCECTOMIA CERVICAL ANTERIOR (AT 2 NIVEIS C/ MICROSCOPIO)
408030453	DISCECTOMIA TORACO-LOMBO-SACRA POR VIA ANTERIOR (C/ 2 OU MAIS NIVEIS)
408030461	DISCECTOMIA TORACO-LOMBO-SACRA POR VIA ANTERIOR (1 NIVEL)
408030470	DRENAGEM CIRURGICA DO ILIOPSOAS
407020136	DRENAGEM DE ABSCESSO ANU-RETAL
409040010	DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOLSA ESCROTAL
407020144	DRENAGEM DE ABSCESSO ISQUIORRETAL
407040013	DRENAGEM DE ABSCESSO PELVICO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO
407040021	DRENAGEM DE ABSCESSO SUBFRENICO
407040030	DRENAGEM DE HEMATOMA / ABSCESSO PRE-PERITONEAL
406020124	EMBOLECTOMIA ARTERIAL
408060115	ENCURTAMENTO DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÇO E DO P
407020179	ENTERECTOMIA
407020187	ENTEROANASTOMOSE (QUALQUER SEGMENTO)
407020209	ENTEROTOMIA E/OU ENTERORRAFIA C/ SUTURA / RESSECCAO (QUALQUER SEGMENTO)
401020010	ENXERTO COMPOSTO
401020029	ENXERTO DERMO-EPIDERMICO
401020037	ENXERTO LIVRE DE PELE TOTAL
403020018	ENXERTO MICROCIRURGICO DE NERVO PERIFERICO (2 OU MAIS NERVOS)
408040122	EPIFISIODESE DO TROCANTER MAIOR DO FÔMUR
408040130	EPIFISIODESE FEMORAL PROXIMAL IN SITU
408010096	ESCAPULOPEXIA C/ OU S/ OSTEOTOMIA DA ESCAPULA / RESSECO BARRA OMO-CERVICAL
407010041	ESOFAGECTOMIA DISTAL S/ TORACOTOMIA
407010068	ESOFAGO-COLONPLASTIA
407010076	ESOFAGOGASTRECTOMIA
407010084	ESOFAGOPLASTIA / GASTROPLASTIA
407010092	ESOFAGORRAFIA CERVICAL
407010114	ESOFAGOSTOMIA
407030123	ESPLENECTOMIA
405040075	EVICERACAO DE GLOBO OCULAR
407020225	EXCISAO DE LESAO / TUMOR ANU-RETAL
407020233	EXCISAO DE LESAO INTESTINAL / MESENTERICA LOCALIZADA
401020045	EXCISAO E ENXERTO DE PELE (HEMANGIOMA, NEVUS OU TUMOR)
401020053	EXCISAO E SUTURA DE LESAO NA PELE C/ PLASTICA EM Z OU ROTACAO DE RETALHO
405040083	EXENTERACAO DE ORBITA
401020070	EXERESE DE CISTO DERMOIDE
401020088	EXERESE DE CISTO SACRO-COCCIGEO
401020096	EXERESE DE CISTO TIREOGLOSSO
404010121	EXERESE DE TUMOR DE VIAS AEREAS SUPERIORES, FACE E PESCOCO
408060123	EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/ SINOVECTOMIA DE MÉDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES
408060131	EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/ SINOVECTOMIA DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES
409040096	EXPLORACAO CIRURGICA DA BOLSA ESCROTAL
402010019	EXTIRPACAO DE BOCIO INTRATORACICO POR VIA TRANSESTERNAL
401020100	EXTIRPACAO E SUPRESSAO DE LESAO DE PELE E DE TECIDO CELULAR SUBCUTANEO
408060140	FASCIECTOMIA
408050080	FASCIOTOMIA DE MEMBROS INFERIORES
408020105	FASCIOTOMIA DE MEMBROS SUPERIORES

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO
406020167	FASCIOTOMIA P/ DESCOMPRESSAO
407020241	FECHAMENTO DE ENTEROSTOMIA (QUALQUER SEGMENTO)
407010130	GASTRECTOMIA PARCIAL C/ OU S/ VAGOTOMIA
407010149	GASTRECTOMIA TOTAL
407010165	GASTROENTEROANASTOMOSE
407010190	GASTRORRAFIA
407010211	GASTROSTOMIA
407010220	GASTROSTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA
404020143	GLOSSECTOMIA PARCIAL
407020284	HEMORROIDECTOMIA
407030131	HEPATECTOMIA PARCIAL
407030140	HEPATORRAFIA
407030158	HEPATORRAFIA COMPLEXA C/ LESAO DE ESTRUTURAS VASCULARES BILIARES
407030166	HEPATOTOMIA E DRENAGEM DE ABSCESSO / CISTO
407040056	HERNIOPLASTIA DIAFRAGMATICA (VIA TORACICA)
407040064	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA
407040080	HERNIOPLASTIA INCISIONAL
407040099	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)
407040102	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)
407040110	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE
407040129	HERNIOPLASTIA UMBILICAL
407020292	HERNIORRAFIA C/ RESSECCAO INTESTINAL (HERNIA ESTRANGULADA)
403030064	HIPOFISECTOMIA TRANSESEFENOIDAL POR TECNICA COMPLEMENTAR
409060119	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)
409060135	HISTERECTOMIA TOTAL
409060143	HISTERECTOMIA TOTAL AMPLIADA (WERTHEIN-MEIGS)
403080010	IMPLANTE DE ELETRODO PARA ESTIMULAÇÃO CEREBRAL
403080029	IMPLANTE DE GERADOR DE PULSOS P/ARA ESTIMULAÇÃO CEREBRAL (INCLUI CONECTOR)
407020306	JEJUNOSTOMIA / ILEOSTOMIA
407040161	LAPAROTOMIA EXPLORADORA
407040188	LIBERACAO DE ADERENCIAS INTESTINAIS
406020230	LINFADENECTOMIA RADICAL CERVICAL BILATERAL
409010197	LOMBOTOMIA
412020017	MEDIASTINOTOMIA EXPLORADORA PARA-ESTERNAL / POR VIA ANTERIOR
412020033	MEDIASTINOTOMIA P/ DRENAGEM
403010128	MICROCIRURGIA CEREBRAL ENDOSCOPICA
403050065	MICROCIRURGIA COM CORDOTOMIA / MIELOTOMIA A CEU ABERTO
403020034	MICROCIRURGIA DE PLEXO BRAQUIAL COM EXPLORAÇÃO E NEUROLISE
403020042	MICROCIRURGIA DE PLEXO BRAQUIAL COM MICROENXERTIA
403030080	MICROCIRURGIA DE TUMOR INTRADURAL E EXTRAMEDULAR
403030102	MICROCIRURGIA DE TUMOR MEDULAR

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO
403030099	MICROCIRURGIA DE TUMOR MEDULAR COM TECNICA COMPLEMENTAR
403040060	MICROCIRURGIA PARA MALFORMAÇÃO ARTERIO-VENOSA CEREBRAL PROFUNDA
403040094	MICROCIRURGIA PARA ANEURISMA DA CIRCULAÇÃO CEREBRAL ANTERIOR MAIOR QUE 1,5 CM
403040035	MICROCIRURGIA PARA ANEURISMA DA CIRCULACAO CEREBRAL ANTERIOR
403030137	MICROCIRURGIA PARA TUMOR DE ORBITA
403030145	MICROCIRURGIA PARA TUMOR INTRACRANIANO
403030153	MICROCIRURGIA PARA TUMOR INTRACRANIANO (COM TECNICA COMPLEMENTAR)
403040078	MICROCIRURGIA VASCULAR INTRACRANIANA (COM TÉCNICA COMPLEMENTAR)
403020050	MICRONEUROLISE DE NERVO PERIFERICO
403020069	MICRONEURORRAFIA
409010200	NEFRECTOMIA PARCIAL
409010219	NEFRECTOMIA TOTAL
409010260	NEFRORRAFIA
409010286	NEFROSTOMIA C/ OU S/ DRENAGEM
403020077	NEUROLISE NAO FUNCIONAL DE NERVOS PERIFERICOS
403020085	NEURORRAFIA
403020093	NEUROTOMIA SELETIVA DE TRIGEMEO E OUTROS NERVOS CRANIANOS
409060216	OOFORRECTOMIA / OOFOROPLASTIA
409040126	ORQUIDOPEXIA BILATERAL
409040134	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL
409040169	ORQUIECTOMIA UNILATERAL
408040149	OSTECTOMIA DA PELVE
408060166	OSTECTOMIA DE OSSOS DA MÇO E/OU DO P
408060174	OSTECTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÇO E DO P
404020526	OSTEOSSINTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ORBITO-ZIGOMATICO-MAXILAR
404020500	OSTEOSSÖNTESE DA FRATURA COMPLEXA DA MANDÖBULA
404020518	OSTEOSSÖNTESE DE FRATURA COMPLEXA DA MAXILA
404020550	OSTEOSSÖNTESE DE FRATURA SIMPLES DE MANDÖBULA
408010118	OSTEOTOMIA DA CLAVÖCULA OU DA ESCAPULA
404030050	OSTEOTOMIA DA MANDÖBULA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL
408040157	OSTEOTOMIA DA PELVE
408060182	OSTEOTOMIA DE OSSOS DA MÇO E/OU DO P
408060190	OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÇO E DO P
414010051	OSTEOTOMIA DO MAXILAR INFERIOR
414010060	OSTEOTOMIA ETMOIDEO-ORBITARIA
404030092	PALATOPLASTIA PARCIAL / TOTAL
407030182	PANCREATECTOMIA PARCIAL
407030190	PANCREATECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA
407030204	PANCREATO-DUODENECTOMIA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO
407030212	PANCREATO-ENTEROSTOMIA
407030220	PANCREATOTOMIA P/ DRENAGEM
402010027	PARATIREOIDECTOMIA
408050101	PATELECTOMIA TOTAL OU PARCIAL
407040200	PERITONIOSTOMIA C/ TELA INORGANICA
409010324	PIELOPLASTIA
407010238	PILOROPLASTIA
407020322	PLASTICA ANAL EXTERNA / ESFINCTEROPLASTIA ANAL
409040177	PLASTICA DA BOLSA ESCROTAL
404020194	PLASTICA DO CANAL DE STENON
412020041	PLEUROSTOMIA
412050064	PNEUMOMECTOMIA
412050080	PNEUMORRAFIA
409050083	POSTECTOMIA
407020349	PROCTOPEXIA ABDOMINAL POR PROCIDENCIA DO RETO
408050128	REALINHAMENTO DO MECANISMO EXTENSOR DO JOELHO
405010125	RECONSTITUICAO PARCIAL DE PALPEBRA COM TARSORRAFIA
405010133	RECONSTITUICAO TOTAL DE PALPEBRA
408020130	RECONSTRUÇÃO CAPSULO-LIGAMENTAR DE COTOVELO PUNHO
408020148	RECONSTRUÇÃO DE POLIA TENDINOSA DOS DEDOS DA MÇO
408040165	RECONSTRUÇÃO OSTEOPLASTICA DO QUADRIL
404020224	RECONSTRUÇÃO TOTAL DE CAVIDADE ORBITARIA
404020232	RECONSTRUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DE LABIO
404020240	RECONSTRUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DE NARIZ
403010144	RECONSTRUCAO CRANIANA / CRANIO-FACIAL
413040119	RECONSTRUCAO DE LOBULO DA ORELHA
404020216	RECONSTRUCAO DE MANDIBULA
413040135	RECONSTRUCAO DO HELIX DA ORELHA
404030149	RECONSTRUCAO DO SULCO GENGIVO LABIAL
408050144	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR DO TORNOZELO
408050187	RECONSTRUCAO OSTEOPLASTICA DO JOELHO
413040143	RECONSTRUCAO TOTAL DE ORELHA (MULTIPLoS ESTAGIOS)
408020164	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA / LESÇO FISARIA DO EXTREMO PROXIMAL DO UMERO
404020542	REDUÇÃO CIRURGICA DE FRATURA DOS OSSOS PROPRIOS DO NARIZ
404020593	REDUÇÃO DE FRATURA DA MAXILA - LE FORT II, SEM OSTEOSSÖNTESE
404020585	REDUÇÃO DE FRATURA DA MAXILA - LE FORT I SEM OSTEOSSÖNTESE.
408040173	REDUÇÃO INCRUENTA C/ MANIPULAÇÃO DE LUXAÇÃO ESPONTANEA / PROGRESSIVA DO QUADRIL COM APLICAÇÃO
408020156	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA / LESÇO FISARIA DE COTOVELO
408020172	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA / LESÇO FISARIA NO PUNHO
408020199	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DA DIAFISE DO UMERO
408020202	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO
408020210	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DOS METACARPIANOS
408020229	REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO DO COTOVELO
408040190	REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO COXOFEMORAL TRAUMÁTICA / POS-ARTROPLASTIA
408020245	REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO OU FRATURA / LUXAÇÃO NO PUNHO
408040203	REDUÇÃO INCRUENTA DISJUNÇÃO / LUXAÇÃO / FRATURA / FRATURA-LUXAÇÃO AO NÍVEL DO ANEL PÉLVICO
407020365	REDUÇÃO CIRÚRGICA DE VÓLVULO POR LAPAROTOMIA
414010078	REDUÇÃO CRUENTA DE AFUNDAMENTO DO MALAR C/ FIXAÇÃO
414010086	REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA ALVEOLO-DENTÁRIA
414010094	REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA BILATERAL DA MANDÍBULA
414010108	REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA COMINUTIVA DA MANDÍBULA
414010116	REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA DO MALAR C/ APARELHO DE CONTENÇÃO
414010124	REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA DO MAXILAR SUPERIOR - LE FORT III
414010132	REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA DO MAXILAR SUPERIOR - LE FORT III C/ APARELHO DE CONTENÇÃO
414010140	REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA DOS OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ
414010159	REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA UNILATERAL DE MANDÍBULA
414010167	REDUÇÃO CRUENTA DE LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR (RECIDIVANTE OU NÃO)
408050195	REDUÇÃO INCRUENTA DA LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METATARSO-FALANGIANA / INTERFALANGIANA DO PÉ
408050209	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA / LESÃO FISÁRIA DOS METATARSÍANOS
408020180	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA / LUXAÇÃO DE MONTEGGIA OU DE GALEAZZI
408050217	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA / LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO DO TORNOZELO
408050225	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISÁRIA / LESÃO FISÁRIA DISTAL DA TÍBIA C/ OU S/ FRATURA DA FIBULA
408050233	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISÁRIA / LESÃO FISÁRIA PROXIMAL DO FÊMUR
414010183	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DO MAXILAR SUPERIOR - LE FORT I
414010191	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DO MAXILAR SUPERIOR - LE FORT II
408050241	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DOS OSSOS DO TARSO
408050250	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA OU LESÃO FISÁRIA DO JOELHO
414010205	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA UNILATERAL DA MANDÍBULA
408010134	REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO OU FRATURA / LUXAÇÃO ESCAPULO-UMERAL
408050268	REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO DO JOELHO
408020237	REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO E METACARPO-FALANGIANA / METATARSO-FALANGIANA / INTER
408050276	REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO FÊMURO-PATELAR
408050292	REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO OU FRATURA / LUXAÇÃO TARSO-METATARSICA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO
408060204	REINSERÇÃO MUSCULAR
407020381	REMOCAO CIRURGICA DE FECALOMA
407040226	REPARACAO DE OUTRAS HERNIAS
408010142	REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS)
408030500	RESSEÇO DE 2 OU MAIS CORPOS VERTEBRAIS CERVICAIS
408060212	RESSEÇO DE CISTO SINOVIAL
404020275	RESSEÇO DE LESÃO MALIGNA E BENIGNA DA REGIÃO CRANIO E BUCOMAXILOFACIAL
403010152	RESSEÇO DE MUCOCELE FRONTAL
408060255	RESSEÇO DE TUMOR E RECONSTRUÇÃO C/ TRANSPORTE OSSEO
403030161	RESSEÇO DE TUMOR RAQUIMEDULAR EXTRADURAL
412050110	RESSEÇO PULMONAR ASSOCIADA A BRONCOPLASTIA/ ARTERIOPLASTIA
409040193	RESSECCAO PARCIAL DA BOLSA ESCROTAL
407040242	RESSUTURA DE PAREDE ABDOMINAL (POR DEISCENCIA TOTAL / EVISCERACAO)
408030593	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA COLUNA TORACO-LOMBO-SACRA POR VIA ANTERIOR
408030607	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA COLUNA TORACO-LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR
404010318	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO / FARINGE / LARINGE / NARIZ
408060328	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRA-ARTICULAR
408060336	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRA-OSSEO
403010160	RETIRADA DE DERIVACAO VENTRICULAR PARA PERITONEO / ATRIO / PLEURA / RAQUE
408060344	RETIRADA DE ESPAÇADORES / OUTROS MATERIAIS
408060352	RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-OSSEO
408060360	RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO
408060379	RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS
408060387	RETIRADA DE PROTESE DE SUBSTITUIÇÃO DE GRANDES ARTICULAÇÕES (OMBRO / COTOVELO / QUADRIL / JOELHO)
408060409	RETIRADA DE TRAÇÃO TRANS-ESQUELE TICA
407020403	RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINAL
407020411	RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINO-PERINEAL
408060417	RETRAÇÃO CICATRICIAL DOS DEDOS C/ COMPROMETIMENTO TENDINOSO (POR DEDO)
408050330	REVISAO CIRURGICA DE COTO DE AMPUTACAO EM MEMBRO INFERIOR (EXCETO DEDOS DO PE)
403010187	REVISAO DE DERIVACAO VENTRICULAR PARA PERITONEO / ATRIO / PLEURA / RAQUE
408020296	REVISÃO CIRURGICA DE COTO DE AMPUTAÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR (EXCETO MÇO)
408060425	REVISÃO CIRURGICA DE COTO DE AMPUTAÇÃO DOS DEDOS
408030615	REVISÃO DE ARTRODESE / TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTOSE DA COLUNA TORACO-LOMBO-SACRA ANTERIOR
409060232	SALPINGECTOMIA UNI / BILATERAL

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO
404010520	SEPTOPLASTIA REPARADORA NAO ESTÉTICA
414010230	SEPTOPLASTIA REPARADORA NAO ESTETICA
403050111	SIMPATECTOMIA LOMBAR A CEU ABERTO
403050138	SIMPATECTOMIA TORACICA A CEU ABERTO
403050146	SIMPATECTOMIA TORACICA VIDEOCIRURGICA
408060433	TENODESE
408060450	TENOMIORRAFIA
408060468	TENOMIOTOMIA / DESINSERÇÃO
408060476	TENOPLASTIA OU ENXERTO DE TENDÇO UNICO
408060484	TENORRAFIA UNICA EM TUNEL OSTEO-FIBROSO
402010035	TIREOIDECTOMIA PARCIAL
402010043	TIREOIDECTOMIA TOTAL
412040166	TORACOSTOMIA COM DRENAGEM PLEURAL FECHADA
412040174	TORACOTOMIA EXPLORADORA
413040151	TRANSFERENCIA INTERMEDIARIA DE RETALHO
408060549	TRANSPOSIÇÃO / TRANSFERÊNCIA MIOTENDINOSA UNICA
412010100	TRAQUEOPLASTIA E/OU LARINGOTRAQUEOPLASTIA
412010097	TRAQUEOPLASTIA POR ACESSO TORACICO
404010377	TRAQUEOSTOMIA
412020076	TRAQUEOSTOMIA MEDIASTINAL
303040041	TRATAMENTO CLINICO DE ABCESSO CEREBRAL
303040050	TRATAMENTO CLINICO DE COREIA AGUDA
303040033	TRATAMENTO DA MIGRANEA COMPLICADA
308010019	TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICADA / NAO ESPECIFICADA
415010012	TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS
403010195	TRATAMENTO CIRURGICO DE ABSCESSO INTRACRANIANO
407010270	TRATAMENTO CIRURGICO DE ACALASIA (CARDIOMIOPLASTIA)
407020420	TRATAMENTO CIRURGICO DE ANOMALIAS CONGENITAS DO ANUS E RETO
414010248	TRATAMENTO CIRURGICO DE ANQUILOSE DA ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR
408060557	TRATAMENTO CIRURGICO DE ARTRITE INFECCIOSA (GRANDES E MÉDIAS ARTICULAÇÕES)
408060565	TRATAMENTO CIRURGICO DE ARTRITE INFECCIOSA DAS PEQUENAS ARTICULAÇÕES
408040254	TRATAMENTO CIRURGICO DE ASSOCIAÇÃO FRATURA / LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO / DISJUNÇÃO DO ANEL
407020438	TRATAMENTO CIRURGICO DE AUSENCIA DO RETO (ABDOMINO-PERINEAL)
407030247	TRATAMENTO CIRURGICO DE CISTOS PANCREATICOS
403010209	TRATAMENTO CIRURGICO DE CRANIOSSINOSTOSE COM SUTURA UNICA
403010217	TRATAMENTO CIRURGICO DE CRANIOSSINOSTOSE COMPLEXA
408030674	TRATAMENTO CIRURGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA ANTERIOR QUATRO NÓVEIS
408030712	TRATAMENTO CIRURGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA ANTERIOR SEIS NÓVEIS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO
408030658	TRATAMENTO CIRURGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA ANTERO-POSTERIOR NOVE OU MAIS NÖVEIS
408030739	TRATAMENTO CIRURGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR OITO NIVEIS
403010225	TRATAMENTO CIRURGICO DE DISRAFISMO ABERTO
403010233	TRATAMENTO CIRURGICO DE DISRAFISMO OCULTO
401020126	TRATAMENTO CIRURGICO DE ESCALPO PARCIAL
401020134	TRATAMENTO CIRURGICO DE ESCALPO TOTAL
403010241	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA LIQUORICA CRANIANA
403010250	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA LIQUORICA RAQUIDIANA
409070254	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA VESICO-VAGINAL
414010272	TRATAMENTO CIRURGICO DE FÖSTULA CUTANEA DE ORIGEM DENTARIA
404020356	TRATAMENTO CIRURGICO DE FÖSTULA E CISTOS ORO-MAXILARES
408050454	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DE OSSOS DO MEDIO-PE
408050462	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSIANOS
408050470	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS PODODACTILOS
408050489	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA PROXIMAL (COLO) DO FEMUR (SINTESE)
408020334	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESÇO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO UMERO
408020342	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESÇO FISARIA DAS FALANGES DA MÇO (COM FIXAÇÃO)
408020350	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESÇO FISARIA DE EPICANDILO / EPITROClea DO UMERO
408020369	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESÇO FISARIA DO CANDILO / TRACLEA/APOFISE CORONAIDE DO ULN
408020377	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESÇO FISARIA DOS METACARPIANOS
408020385	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESÇO FISARIA SUPRACONDILIANA DO UMERO
408040262	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO / DISJUNÇÃO DO ANEL PÉLVICO ANTE
408050497	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO DO TORNOZELO
408010150	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVÖCULA
408050500	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TÖBIA
408020393	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMERO
408050519	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FÖMUR
408020407	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO
408050527	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA PATELA POR FIXAÇÃO INTERNA
408020415	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE EXTREMIDADES / METAFISE PROXIMAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO
408020423	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRAÇO (C/ SINTESE)

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO
408020431	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RADIO / DA ULNA
408040297	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO ACETABULO
408050535	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO CALCANEAO
408010169	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO COLO E CAVIDADE GLENOIDE DE ESCAPULA
408010177	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO CORPO DE ESCAPULA
403010268	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO CRANIO COM AFUNDAMENTO
408050543	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PILÇO TIBIAL
408050551	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL
408050560	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO TALUS
408050578	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR
408050586	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA INTERCONDILEANA / DOS CANDILOS DO FÔMUR
408050594	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LESÇO FISARIA AO NÓVEL DO JOELHO
408050608	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LESÇO FISARIA DISTAL DE TÔBIA
408020440	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LESÇO FISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO
408050616	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA
408050624	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÔMUR (METAFISE DISTAL)
408050632	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA
408060590	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA VICIOSAMENTE CONSOLIDADA DOS OSSOS LONGOS EXCETO DA MÇO E DO P
408040319	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA-LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO COXOFEMORAL (DUPLO ACESSO)
408020458	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA-LUXAÇÃO DE GALEAZZI / MONTEGGIA / ESSEX-LOPRESTI
408020466	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO
403010276	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA EXTRADURAL
403010284	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA INTRACEREBRAL
403010292	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA INTRACEREBRAL (COM TECNICA COMPLEMENTAR)
403010306	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA SUBDURAL AGUDO
403010314	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA SUBDURAL CRONICO
409040215	TRATAMENTO CIRURGICO DE HIDROCELE
407020454	TRATAMENTO CIRURGICO DE IMPERFURACAO MEMBRANOSA DO ANUS
408060611	TRATAMENTO CIRURGICO DE INFECÇÃO EM ARTROPLASTIA DAS MÉDIAS / PEQUENAS ARTICULAÇÕES
408060620	TRATAMENTO CIRURGICO DE INFECÇÃO POS-ARTROPLASTIA (GRANDES ARTICULAÇÕES)
408020482	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESÇO AGUDA CAPSULO-LIGAMENTAR DO MEMBRO SUPERIOR: COTOVELO / PUNHO
408050667	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESÇO AGUDA CAPSULO-LIGAMENTAR MEMBRO INFERIOR (JOELHO / TORNOZELO)

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO
408020504	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESÃO EVOLUTIVA FISARIA NO MEMBRO SUPERIOR
413040178	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA
406020493	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES VASCULARES TRAUMATICAS DA REGIAO CERVICAL
406020507	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES VASCULARES TRAUMATICAS DE MEMBRO INFERIOR BILATERAL
406020515	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES VASCULARES TRAUMATICAS DE MEMBRO INFERIOR UNILATERAL
406020523	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES VASCULARES TRAUMATICAS DE MEMBRO SUPERIOR BILATERAL
406020531	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES VASCULARES TRAUMATICAS DE MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL
406020540	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES VASCULARES TRAUMATICAS DO ABDOMEN
408050683	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO AO NÓVEL DO JOELHO
408020539	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METACARPO-FALANGIANA
408060638	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METATARSO INTER-FALANGEANA
408050713	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO TARSO-METATARSICA
408020520	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXACAO DOS OSSOS DO CARPO
408020547	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXAÇÃO OU FRATURA-LUXAÇÃO DO COTOVELO
408010185	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR
408010193	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ESCAPULO-UMERAL AGUDA
408010215	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO RECIDIVANTE / HABITUAL DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL
407020462	TRATAMENTO CIRURGICO DE MA ROTACAO INTESTINAL
403020115	TRATAMENTO CIRURGICO DE NEUROPATIA COMPRESSIVA COM OU SEM MICROCIURURGIA
404020658	TRATAMENTO CIRURGICO DE OSTEOMA, ODONTOMA /OUTRAS LESÕES ESPECIFICADAS
414010280	TRATAMENTO CIRURGICO DE OSTEOMA, ODONTOMA /OUTROS TUMORES
403010322	TRATAMENTO CIRURGICO DE OSTEOMIELITE DO CRÂNIO
408050748	TRATAMENTO CIRURGICO DE P PLANO VALGO
408050764	TRATAMENTO CIRURGICO DE P TORTO CONGÔNITO
412040212	TRATAMENTO CIRURGICO DE PAREDE TORACICA
403010330	TRATAMENTO CIRURGICO DE PLATIBASIA E MALFORMACAO DE ARNOLD CHIARI
407020470	TRATAMENTO CIRURGICO DE PROLAPSO ANAL
408050799	TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA OSSEA DA DIAFISE DO FÊM
408050861	TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA OSSEA DA DIAFISE TIBIAL

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO
408050802	TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA OSSEA DA REGIÇO TROCANTE
408020563	TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA OSSEA DO ANTEBRAÇO
408050810	TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA OSSEA DO COLO DO FÔMUR
408020571	TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA OSSEA DO UMERU
408050837	TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA OSSEA METAFISE DISTAL DO
408050845	TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO AO NÓVEL DO JOELHO
408050870	TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO/ PERDA OSSEA DA METAFISE TIBIAL
407010297	TRATAMENTO CIRURGICO DE REFLUXO GASTROESOFAGICO
408010223	TRATAMENTO CIRURGICO DE RETARDO DE CONSOLIDACAO DA PSEUDARTROSE DE CLAVICULA / ESCAPULA
413040216	TRATAMENTO CIRURGICO DE RETRAÇÃO CICATRICIAL EM UM ESTAGIO
413040194	TRATAMENTO CIRURGICO DE RETRACAO CICATRICIAL DO COTOVELO
408020610	TRATAMENTO CIRURGICO DE ROTURA / DESINSERÇÃO / ARRANCAMENTO CAPSULO-TENO-LIGAMENTAR NA MÇO
408050888	TRATAMENTO CIRURGICO DE ROTURA DE MENISCO COM SUTURA MENISCAL UNI / BICOMPATIMENTAL
408050896	TRATAMENTO CIRURGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL
403020123	TRATAMENTO CIRURGICO DE SINDROME COMPRESSIVA EM TUNEL OSTEO-FIBROSO AO NIVEL DO CARPO
409040223	TRATAMENTO CIRURGICO DE TORCAO DO TESTICULO / DO CORDAO ESPERMATICO
406020566	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (BILATERAL)
406020574	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (UNILATERAL)
408050918	TRATAMENTO CIRURGICO DO HALUX VALGUS S/ OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METATARSIANO
415030013	TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO
413040232	TRATAMENTO CIRURGICO NAO ESTETICO DA ORELHA
413040240	TRATAMENTO CIRURGICO P/ REPARACOES DE PERDA DE SUBSTANCIA DA MAO
303040130	TRATAMENTO CLINICO DAS MIELITES / MIELOPATIAS
303040068	TRATAMENTO CONSERVADOR DA DOR REBELDE DE ORIGEM CENTRAL OU NEOPLASICA
303040076	TRATAMENTO CONSERVADOR DA HEMORRAGIA CEREBRAL
303090138	TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA / LESAO LIGAMENTAR / ARRANCAMENTO OSSEO AO NIVEL DA PELVE
303090197	TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DOS ANEIS PELVICOS
303040084	TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO (GRAU LEVE)
303040092	TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO (GRAU MEDIO)
303040106	TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO GRAVE

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO
303040114	TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR
303040122	TRATAMENTO CONSERVADOR DE TUMOR DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL
403030170	TRATAMENTO CONSERVADOR DE TUMOR DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL
305020013	TRATAMENTO DA PIELONEFRITE
303140038	TRATAMENTO DAS AFECÇÕES NECRÓTICAS E SUPURATIVAS DAS VIAS AERÉAS INFERIORES
303140046	TRATAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS DAS VIAS AERÉAS INFERIORES
303110015	TRATAMENTO DAS MALFORMAÇÕES E DEFORMIDADES CONGÊNITAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR
303090316	TRATAMENTO DAS POLIARTROPAÍAS INFLAMATÓRIAS
303040149	TRATAMENTO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL - AVC (ISQUÊMICO OU HEMORRÁGICO AGUDO)
303080043	TRATAMENTO DE AFECÇÕES BOLHOSAS
303020032	TRATAMENTO DE ANEMIA APLÁSTICA E OUTRAS ANEMIAS
303020040	TRATAMENTO DE ANEMIA HEMOLÍTICA
303020059	TRATAMENTO DE ANEMIAS NUTRICIONAIS
303060018	TRATAMENTO DE ANEURISMA DA AORTA
303110023	TRATAMENTO DE ANOMALIAS CROMOSSÔMICAS NÃO CLASSIFICADAS EM OUTRA PARTE
303060026	TRATAMENTO DE ARRITMIAS
305020021	TRATAMENTO DE CALCULOSE RENAL
303140062	TRATAMENTO DE CARDIOPATIA PULMONAR NÃO ESPECIFICADA (COR PULMONALE)
303060069	TRATAMENTO DE CHOQUE CARDIOGÊNICO
303060077	TRATAMENTO DE CHOQUE HIPOVOLÊMICO
412030080	TRATAMENTO DE COAGULO RETIDO INTRATORÁCICO (QUALQUER VIA)
303040157	TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES DA HIDROCEFALIA
308040015	TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS OU CLÍNICOS
406010960	TRATAMENTO DE CONTUSÃO MIOCÁRDICA
303060107	TRATAMENTO DE CRISE HIPERTENSIVA
303040165	TRATAMENTO DE CRISES EPILEPTICAS NÃO CONTROLADAS
303020067	TRATAMENTO DE DEFEITOS DA COAGULAÇÃO PURPURA E OUTRAS AFECÇÕES HEMORRÁGICAS
303010010	TRATAMENTO DE DENGUE CLÁSSICA
303010029	TRATAMENTO DE DENGUE HEMORRÁGICA
303030020	TRATAMENTO DE DESNUTRIÇÃO
303030038	TRATAMENTO DE DIABETES MELLITUS
303040173	TRATAMENTO DE DISTROFIAS MUSCULARES
303030046	TRATAMENTO DE DISTÚRBIOS METABÓLICOS
303010045	TRATAMENTO DE DOENÇAS BACTERIANAS ZOONÓTICAS
303010061	TRATAMENTO DE DOENÇAS INFECCIOSAS E INTESTINAIS
303040181	TRATAMENTO DE DOENÇA DE PARKINSON
303140070	TRATAMENTO DE DOENÇA DO OUVIDO EXTERNO MÉDIO E DA MASTÓIDE

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO
303040190	TRATAMENTO DE DOENÇA DOS NEURONIOS MOTORES CENTRAIS C/ OU S/ AMIOTROFIAS
303060115	TRATAMENTO DE DOENÇA REUMATICA C/ COMPROMETIMENTO CARDIACO
303060123	TRATAMENTO DE DOENÇA REUMATICA S/ CARDITE
303070064	TRATAMENTO DE DOENCAS DO ESOFAGO ESTOMAGO E DUODENO
303070072	TRATAMENTO DE DOENCAS DO FIGADO
303070080	TRATAMENTO DE DOENCAS DO PERITONIO
303150017	TRATAMENTO DE DOENCAS DOS ORGAOS GENITAIS MASCULINOS
303150025	TRATAMENTO DE DOENCAS GLOMERULARES
303150033	TRATAMENTO DE DOENCAS INFLAMATORIAS DOS ORGAOS PELVICOS FEMININOS
303040203	TRATAMENTO DE DOENCAS NEURO-DEGENERATIVAS
303150041	TRATAMENTO DE DOENCAS RENAIIS TUBULO-INTERSTICIAIS
303140089	TRATAMENTO DE DOENCAS RESPIRATORIAS QUE AFETAM PRINCIPALMENTE O INTERSTICIO
303060131	TRATAMENTO DE EDEMA AGUDO DE PULMAO
308030010	TRATAMENTO DE EFEITOS DA PENETRACAO DE CORPO ESTRANHO EM ORIFICIO NATURAL
308010027	TRATAMENTO DE EFEITOS DE ASFIXIA / OUTROS RISCOS A RESPIRACAO
308030028	TRATAMENTO DE EFEITOS DE OUTRAS CAUSAS EXTERNAS
308020022	TRATAMENTO DE EFEITOS DO CONTATO C/ ANIMAIS E PLANTAS VENENOSOS
303060140	TRATAMENTO DE EMBOLIA PULMONAR
303040211	TRATAMENTO DE ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA
303060158	TRATAMENTO DE ENDOCARDITE INFECCIOSA EM PROTESE VALVAR
303070099	TRATAMENTO DE ENTERITES E COLITES NAO INFECCIOSAS
303040220	TRATAMENTO DE ESCLEROSE GENERALIZADA PROGRESSIVA
303110031	TRATAMENTO DE ESPINHA BIFIDA
303080060	TRATAMENTO DE ESTAFILOCOCCIAS
303080078	TRATAMENTO DE ESTREPTOCOCCIAS
308040023	TRATAMENTO DE EVENTOS ADVERSOS POS-VACINAIS
303040238	TRATAMENTO DE FRATURA DA COLUNA VERTEBRAL C/ LESAO DA MEDULA ESPINHAL
413010066	TRATAMENTO DE GRANDE QUEIMADO
303010088	TRATAMENTO DE HANSENÓASE
303010100	TRATAMENTO DE HELMINTÓASES (B65 a B83)
303020075	TRATAMENTO DE HEMOFILIAS
303140097	TRATAMENTO DE HEMORRAGIAS DAS VIAS RESPIRATORIAS
303010118	TRATAMENTO DE HEPATITES VIRAIIS
305020030	TRATAMENTO DE HIPERTENSAO NEFROGENA E RENOVASCULAR
303060174	TRATAMENTO DE HIPERTENSAO PULMONAR
303060182	TRATAMENTO DE HIPERTENSAO SECUNDARIA
303060190	TRATAMENTO DE INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO
303010134	TRATAMENTO DE INFEÇÕES VIRAIIS CARACTERIZADAS POR LESÕES DE PELE E MUCOSAS (B00 A B09)

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO
303010142	TRATAMENTO DE INFECÇÕES VIRAIS DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL
303140100	TRATAMENTO DE INFECCOES AGUDAS DAS VIAS AEREAS SUPERIORES
303060204	TRATAMENTO DE INSUFICIENCIA ARTERIAL C/ ISQUEMIA CRITICA
303060212	TRATAMENTO DE INSUFICIENCIA CARDIACA
305020048	TRATAMENTO DE INSUFICIENCIA RENAL AGUDA
305020056	TRATAMENTO DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA
303040246	TRATAMENTO DE INTERCORRENCIAS DE DOENCAS NEUROMUSCULARES
304100013	TRATAMENTO DE INTERCORRÔNCIAS CLÔNICAS DE PACIENTE ONCOLOGICO
308020030	TRATAMENTO DE INTOXICACAO OU ENVENENAMENTO POR EXPOSICAO A MEDICAMENTO E SUBSTANCIAS DE USO NAO MEDI
403050154	TRATAMENTO DE LESAO DO SISTEMA NEUROVEGETATIVO POR AGENTES QUIMICOS
303060220	TRATAMENTO DE LINFADENITES INESPECIFICAS
303110040	TRATAMENTO DE MALFORMACOES CONGENITAS DO APARELHO CIRCULATORIO
303110066	TRATAMENTO DE MALFORMACOES CONGENITAS DO APARELHO URINARIO
412020084	TRATAMENTO DE MEDIASTINITE (QUALQUER VIA)
413010082	TRATAMENTO DE MEDIO QUEIMADO
303040254	TRATAMENTO DE MIASTENIA GRAVE
303010169	TRATAMENTO DE MICOSES (B35 A B49)
303060239	TRATAMENTO DE MIOCARDIOPATIAS
303080094	TRATAMENTO DE OUTRAS AFECCOES DA PELE E DO TECIDO SUBCUTANEO
303110090	TRATAMENTO DE OUTRAS ANOMALIAS CONGENITAS DO SISTEMA NERVOSO
303010037	TRATAMENTO DE OUTRAS DOENÇAS BACTERIANAS
303010185	TRATAMENTO DE OUTRAS DOENÇAS CAUSADAS POR ESPIROQUETAS (A65 A A69)
303010193	TRATAMENTO DE OUTRAS DOENÇAS CAUSADAS POR VÔRUS (B25 A B34)
303010053	TRATAMENTO DE OUTRAS DOENÇAS DEVIDAS A PROTOZOARIOS (B55 a B64)
303140119	TRATAMENTO DE OUTRAS DOENCAS DA PLEURA
303140127	TRATAMENTO DE OUTRAS DOENCAS DAS VIAS AEREAS SUPERIORES
303070102	TRATAMENTO DE OUTRAS DOENCAS DO APARELHO DIGESTIVO
303140135	TRATAMENTO DE OUTRAS DOENCAS DO APARELHO RESPIRATORIO
303150050	TRATAMENTO DE OUTRAS DOENCAS DO APARELHO URINARIO
303070110	TRATAMENTO DE OUTRAS DOENCAS DO INTESTINO
303020083	TRATAMENTO DE OUTRAS DOENCAS DO SANGUE E DOS ORGAOS HEMATOPOETICOS
303110104	TRATAMENTO DE OUTRAS MALFORMACOES CONGENITAS
303110112	TRATAMENTO DE OUTRAS MALFORMACOES CONGENITAS DO APARELHO DIGESTIVO
303060247	TRATAMENTO DE OUTRAS VASCULOPATIAS
303150068	TRATAMENTO DE OUTROS TRANSTORNOS DO RIM E DO URETER

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO
303060255	TRATAMENTO DE PARADA CARDIACA C/ RESSUSCITACAO
303060263	TRATAMENTO DE PE DIABETICO COMPLICADO
413010090	TRATAMENTO DE PEQUENO QUEIMADO
303140151	TRATAMENTO DE PNEUMONIAS OU INFLUENZA (GRIPE)
303040262	TRATAMENTO DE POLINEUROPATIAS
303040270	TRATAMENTO DE POLIRRADICULONEURITE DESMIELINIZANTE AGUDA
303040297	TRATAMENTO DE PROCESSO TOXI-INFECCIOSO DO CEREBRO OU DA MEDULA ESPINHAL
308030036	TRATAMENTO DE QUEIMADURAS CORROSOES E GELADURAS
303060280	TRATAMENTO DE SINDROME CORONARIANA AGUDA
303040289	TRATAMENTO DE SURTO DE ESCLEROSE MULTIPLA
303030054	TRATAMENTO DE TRANSTORNOS DA GLANDULA TIREOIDE
303070129	TRATAMENTO DE TRANSTORNOS DAS VIAS BILIARES E PANCREAS
303030062	TRATAMENTO DE TRANSTORNOS DE OUTRAS GLANDULAS ENDOCRINAS
308010035	TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS C/ LESAO DE ORGAO INTRA-TORACICO E INTRA-ABDOMINAL
308010043	TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS ENVOLVENDO MULTIPLAS REGIOES DO CORPO
303060298	TRATAMENTO DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA
303010215	TRATAMENTO DE TUBERCULOSE (A15 a A19)
303060301	TRATAMENTO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES C/ ULCERA
401020169	TRATAMENTO EM ESTAGIOS SUBSEQUENTES DE ENXERTIA
403020131	TRATAMENTO MICROCIRURGICO DE TUMOR DE NERVO PERIFERICO / NEUROMA
403050162	TRATAMENTO POR ESTERETAXIA DE LESÃO DE ESTRUTURA PROFUNDA DE SNC PARA TRATAMENTO DE MOVIMENTOS A
407010335	TRATAMENTO CIRURGICO DE MEGAESOFAGO SEM RESSECCAO / CONSERVADOR
403010357	TREPANACAO CRANIANA PARA PROPEDEUTICA OU TERAPEUTICA NEUROCIRURGICA (COM TECNICA COMPLEMENTAR)
403010349	TREPANACAO CRANIANA PARA PROPEDEUTICA NEUROCIRURGICA / IMPLANTE PARA MONITORIZACAO PIC
403010365	TREPANACAO CRANIANA PARA PROPEDEUTICA OU TERAPEUTICA NEUROCIRURGICA
406020590	TROMBECTOMIA DO SISTEMA VENOSO
409010570	URETEROPLASTIA
409020133	URETROPLASTIA AUTOGENA
409020176	URETROTOMIA INTERNA
407010343	VAGOTOMIA C/ OPERACAO DE DRENAGEM

Fonte: Tabnet - Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.