

UNIVERSIDADE SANTA CECÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO DA SAÚDE:
DIMENSÕES INDIVIDUAIS E COLETIVAS

THAIANA COELHO MIDLEJ

**ANÁLISE DA EFICIÊNCIA DO MODELO “BATA BRANCA” DE PARCERIA
PÚBLICO-PRIVADA NA GESTÃO HOSPITALAR PÚBLICA: O CASO DO
HOSPITAL DO SUBÚRBIO**

SANTOS/SP

2019

THAIANA COELHO MIDLEJ

**ANÁLISE DA EFICIÊNCIA DO MODELO “BATA BRANCA” DE PARCERIA
PÚBLICO-PRIVADA NA GESTÃO HOSPITALAR PÚBLICA: O CASO DO
HOSPITAL DO SUBÚRBIO**

Dissertação apresentada à Universidade Santa Cecília como parte dos requisitos para obtenção de título de mestre no Programa de Pós-Graduação em Direito da Saúde, sob orientação do Prof. Dr. Renato Braz Mehanna Khamis.

SANTOS/SP

2019

Autorizo a reprodução parcial ou total deste trabalho, por qualquer que seja o processo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos.

Midlej, Thaiana Coelho.

Análise da eficiência do modelo “bata branca” de parceria público-privada na gestão hospitalar pública: o caso do Hospital do Subúrbio/ Thaiana Coelho Midlej.

- 2019.

151 f.

Orientador: Prof. Dr. Renato Braz Mehanna Khamis.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Santa Cecília, Programa de Pós-Graduação em Direito da Saúde, Santos, SP, 2019.

1. Saúde pública. 2. Gestão hospitalar. 3. Parceria Público-Privada. 4. “Bata branca”. 5. Eficiência.

I. Khamis, Renato. II. Análise da eficiência do modelo “bata branca” de parceria público-privada na gestão hospitalar pública: o caso do Hospital do Subúrbio.

Elaborada pelo SIBi – Sistema Integrado de Bibliotecas - Unisanta

FOLHA DE APROVAÇÃO

AUTORA: THAIANA COELHO MIDLEJ

**ANÁLISE DA EFICIÊNCIA DO MODELO “BATA BRANCA” DE PARCERIA
PÚBLICO-PRIVADA NA GESTÃO HOSPITALAR PÚBLICA: O CASO DO
HOSPITAL DO SUBÚRBIO**, da Universidade Santa Cecília

Dissertação submetida ao corpo docente do
Programa de Pós-Graduação em Direito da
Saúde da Universidade Santa Cecília e
aprovada em ____ de _____ de 2019.

Professor Dr. Renato Braz Mehanna Khamis – UNISANTA – Orientador

Banca Examinadora:

Professor Doutor Carlos Gonçalves Junior (Examinador Externo)

Professora Doutora Renata Salgado Leme (Examinadora Interna)

Professor Doutor Renato Braz Mehanna Khamis (Examinador Interno)

*Dedico este trabalho às minhas “duas” mães,
quem tive a oportunidade de desfrutar do amor
e da vida nesta existência: a Maíra, e à tia Aida
(in memoriam).*

AGRADECIMENTOS

Para além da mera formalidade, um sincero sentimento de gratidão.

Agradeço, primeiramente, àquele quem acreditou no meu trabalho, demonstrando permanente interesse e incentivo, e que se dispôs a compartilhar o seu tempo, atenção, além dos seus conhecimentos acadêmicos e técnicos que tanto me auxiliaram para o desenvolvimento e conclusão desta dissertação: ao meu orientador Prof. Doutor Renato Braz Mehanna Khamis.

Aos professores Doutores Renata Salgado Leme e Luciano Pereira de Souza, pelas valiosas contribuições no momento da banca de qualificação.

Aos colegas e amigos do mestrado, que comigo partilharam estudos, experiências e ansiedades.

À amiga Sheyla Suruagy, pelo seu carinho e pela amizade consolidada durante o mestrado, transformando as nossas longas jornadas de viagens Maceió-Santos em momentos “mais leves” e alegres.

Ao amigo Guilherme Alvarenga, que pacientemente me auxiliou no contexto acadêmico ao longo de todo o mestrado, além de sua cooperação com indicações relevantes na produção deste trabalho.

Aos amigos da PLCC, pela solidariedade diária.

À minha família e amigos, pelo apoio incondicional e por entenderem a minha ausência ao longo desta jornada de estudo.

Aos meus amigos do Nosso Lar, pela força e pelo alimento espiritual diário da fé.

Ao meu companheiro Allan Hora, presente em todas as horas, pelo seu apoio, estímulo e paciência constantes, e, acima de tudo, por seu amor, que me ajuda a vencer as etapas mais difíceis sem perder o ânimo de prosseguir no meu caminho de evolução.

Por fim, agradeço imensuravelmente àquele que é a inteligência suprema, causa primária de todas as coisas, Deus! E a seu filho, nosso mestre Jesus, verdadeiro exemplo a ser seguido, que com toda a certeza e com toda a fé está sempre presente em todos os momentos da minha existência.

RESUMO

O cenário de crise econômica vivenciado no Brasil já algum tempo, em conjunto com a rigidez da austeridade fiscal implantada recentemente pela Emenda Constitucional n. 95/2016 (conhecida como Emenda do “Teto dos Gastos Públicos”), a qual vem promovendo um “congelamento” das despesas com a saúde pública ao longo de duas décadas, deflagrou o interesse na pesquisa por um modelo de gestão hospitalar que possibilite maior eficiência para o Poder Público, não só sob o manto da economicidade, mas da qualidade da prestação da assistência à saúde e do seu controle pelo usuário do serviço. Objetivamente, pretendeu-se analisar a gestão integral do serviço público de saúde hospitalar (clínicos e não clínicos) por meio de uma empresa privada, através do modelo “bata branca” de Parceria Público-Privada. O trabalho foi desenvolvido através do estudo de caso do Hospital do Subúrbio, único hospital no Brasil com o escopo da PPP no modelo “bata branca”, até o presente momento. Para avaliar sua eficiência foi necessária a utilização do método comparativo, o qual permitiu fazer um paralelo com o desempenho de um hospital público com gestão direta, o Hospital Geral Roberto Santos. À guisa de conclusão, a PPP sugeriu, em linhas gerais, um maior comprometimento na promoção da eficiência na gestão hospitalar, seja com sua racionalidade econômica, seja na qualidade da prestação da assistência à saúde, e, por fim, com o controle social do seu desempenho.

Palavras-Chave: Saúde pública. Gestão hospitalar. Parceria Público-Privada. “Bata branca”. Eficiência.

ABSTRACT

The scenario of economic crisis experienced in Brazil for some time, together with the rigidity of fiscal austerity recently implemented by Constitutional Amendment no. 95/2016 (known as the "Public Spending Ceiling"), which has been promoting a "freezing" of public health expenditures for two decades, triggered interest in the research for a hospital management model that efficiency for the Public Power, not only under the mantle of economics, but the quality of health care delivery and its control by the user of the service. Objectively, it was intended to analyze the complete management of the public hospital health service (clinical and non-clinical) through a private company through the "white coat" model of Public-Private Partnership. The study was developed through the case study of Hospital do Subúrbio, the only hospital in Brazil with the scope of PPP in the "white coat" model, until the present moment. To evaluate its efficiency, it was necessary to use the comparative method, which made it possible to parallel the performance of a public hospital with direct management, General Hospital Roberto Santos. As a conclusion, PPP has generally suggested a greater commitment to promote efficiency in hospital management, be it with its economic rationality, or in the quality of health care delivery, and, finally, with the social control of the hospital performance.

Key Words: Public health. Hospital management. Public-private partnership. "White bat". Efficiency.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Menus do aplicativo HS Agora.....	131
--	-----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Estrutura organizacional dos entes públicos no setor saúde no Brasil – anos 90	56
Quadro 2 – Perfil dos hospitais analisados	115

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Tempo médio de permanência – Ano 2017	118
Tabela 2 – Tempo médio de permanência – Ano 2018	118
Tabela 3 – Densidade global de infecção hospitalar – Ano 2017	120
Tabela 4 – Densidade global de infecção hospitalar – Ano 2018	120
Tabela 5 – Taxa de mortalidade – Ano 2017	121
Tabela 6 – Taxa de mortalidade – Ano 2018	122
Tabela 7 – Valor médio AIH – Ano 2017	126
Tabela 8 – Valor médio AIH – Ano 2018	126
Tabela 9 – Número de AIHs aprovadas – Ano 2017	127
Tabela 10 – Número de AIHs aprovadas – Ano 2018	128
Tabela 11 – Valor dos serviços hospitalares – Ano 2017	128
Tabela 12 – Valor dos serviços hospitalares – Ano 2018	129

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
ADI	Ação Direta de Inconstitucionalidade
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID)
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CF	Constituição Federal
CIDH	Convenção Intramericana de Direitos Humanos
COFINS	Contribuição para Financiamento da Seguridade Social
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CSLL	Contribuição Social sobre o Lucro Líquido
DRU	Desvinculação de Receitas da União
EC	Emenda Constitucional
FGP	Fundo Garantidor das Parcerias
HGRS	Hospital Geral Roberto Santos
HS	Hospital do Subúrbio
ICOM	Instituto Couto Maia
IFC	Corporação Internacional de Financiamento do Banco Mundial
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
LC	Lei Complementar
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MP	Medida Provisória
NHS	National Health Service
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OCDE	Organização de Cooperação para Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
ONU	Organização das Nações Unidas

OS	Organização Social
OSCIP	Organização Social de Interesse Público
PCIH	Programa de Controle de Infecções Hospitalares
PDRAE	Plano Diretor da Reforma do Estado
PFI	Private Finance Initiative
PIDESC	Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
PIS	Programa de Integração Social
PPP	Parcerias Pública-Privada
SEFAZ/BA	Secretaria da Fazenda do Estado da Bahia
SESAB	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SIOPS	Sistema de Informações e Orçamentos Públicos de Saúde
SIPAGEH	Sistema de Indicadores Padronizados para Gestão Hospitalar
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPE	Sociedade de Propósito Específico
STA	Suspensão de Tutela Antecipada
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
TMP	Tempo Médio de Permanência

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. O DIREITO À SAÚDE NO BRASIL	18
2.1. A concepção atual de saúde.....	18
2.2. O direito à saúde na Constituição Federal Brasileira de 1988.....	24
2.3. A universalidade, integralidade e igualdade do direito à saúde.....	28
2.4. A redefinição do papel do Estado e da Administração Pública	33
2.5. A prestação dos serviços de saúde no Estado Brasileiro e sua natureza jurídica em sede constitucional.....	38
3. A ESTRUTURA DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE NO ESTADO BRASILEIRO	46
3.1. Organização do Sistema Único de Saúde e as diferentes modalidades de gestão.....	47
3.2. Custeio do Sistema Único de Saúde (SUS)	60
3.3. A gestão privada dos serviços públicos de saúde	66
3.3.1. O modelo de gestão pública validado pela Emenda Constitucional nº 19/98 e seu destaque no princípio da “eficiência”	67
3.3.2. A implementação do modelo gerencial para a prestação dos serviços no âmbito hospitalar do SUS.....	74
3.3.3. O gerenciamento dos hospitais públicos pelas Organizações Sociais	82
4. AS PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE HOSPITALAR.....	88
4.1. As Parcerias Público-Privadas (PPPs) instituídas pela Lei 11.0179/2004 e seus desdobramentos	90
4.2. A delegação de serviços de saúde: uma análise da possibilidade da transferência da atividade-fim da Administração Pública	98
4.3. As Parcerias Público-privadas no setor da saúde	101
4.3.1. Modelos bata cinza e bata branca	103
4.3.2. As Parcerias Público-Privadas na área da saúde no cenário internacional...	105
4.3.3. As Parcerias Público-Privadas na saúde pública no Brasil.....	108
4.4. Estudo de caso: Hospital do Subúrbio	111
4.4.1. Metodologia.....	112
4.4.2. Indicadores.....	115
4.4.3. Análise dos dados	117
4.4.3.1. Média de Permanência	117
4.4.3.2. Taxa média de Infecção Hospitalar	119
4.4.3.3. Taxa de Mortalidade.....	121
4.4.3.4. Certificado de Acreditação Hospitalar	122
4.4.3.5. Valor médio da Autorização de Internação Hospitalar (AIH).....	125
4.4.3.6. Valor dos Serviços Hospitalares	127
4.4.3.7. Controle Social	130
4.4.4. Resultado	131
5. CONCLUSÃO	133
REFERÊNCIAS.....	136

1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 proclamou a saúde como "direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". Adotou um conceito amplo de saúde, concebendo-a como bem-estar físico e mental do indivíduo e a sua adequação na vida em sociedade.

Para a realização desse dever estatal a Constituição instituiu o Sistema Único de Saúde - SUS, integrado por todos os entes federativos, alicerçados nos princípios da universalidade de acesso, da integralidade de assistência e da igualdade da assistência à saúde, em todos os níveis de complexidade. Com a edição da Lei Federal n. 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e, após, da Lei Federal n. 8.142/90, teve início o processo de implementação do Sistema.

Importa dizer ainda que o SUS foi fruto da opção político-constitucional por um sistema nacional de base universalista, descentralizado, com efetivo controle e participação social, influenciado pelo Movimento de Reforma Sanitária.

Apesar do alcance social da política pública de saúde, não tem sido possível efetivá-lo do modo desejado, sobretudo quando se trata da prestação da assistência à saúde nos hospitais públicos, unidades complexas que exigem do Poder Público uma atenção especial. Há necessidade de investimentos vultosos, além da constante preocupação com a qualidade dos serviços de saúde prestados.

A política econômica vem servindo como limite estrutural à plena execução material das determinações constitucionais e legais que tratam da concretização do direito à saúde, em especial no que se refere à disponibilidade de recursos financeiros. Seguindo essa direção, a Emenda Constitucional n. 95/2016, instituidora do "Novo Regime Fiscal", também conhecida como "Teto de Gastos Públicos", se sobressai por implicar em um congelamento real das despesas do Governo com a saúde pública pelo longo período de vinte anos.

Esta é a angusta situação vivenciada no Brasil que motivou este trabalho: a crise econômica e a austeridade fiscal promovida pelo Governo na contramão da longevidade populacional e da necessidade de renovação tecnológica, que clamam por soluções de investimentos e qualidade na prestação da assistência à saúde nos hospitais públicos.

Nesta conjectura, torna-se imprescindível uma reconfiguração dos gastos públicos na seara hospitalar. E o caminho que se pretende seguir é o da eficiência dos serviços públicos proposto pela reforma gerencial, à luz do modelo instalado nos países desenvolvidos, com o *New Public Management*.

Deste modo, a questão central deste estudo reside em examinar modelos de gestão no sistema de saúde pública hospitalar que possibilite maior eficiência para o Poder Público, apresentando uma racionalidade econômica neste momento crítico de contingenciamento na saúde, ao mesmo tempo que a assistência à saúde seja prestada com qualidade e com transparência.

Objetivamente, pretendeu-se analisar a eficiência das Parcerias Público-Privadas na gestão hospitalar pública, instituto amparado pela Lei Federal n. 11.079/2004, originado da doutrina estrangeira. Especificamente, destacou-se a análise do modelo “bata branca”¹ (gestão integral dos serviços clínicos e não clínicos sob a responsabilidade da empresa privada).

O estudo partiu da premissa de que o modelo de eficiência albergado na empresa privada pode conferir melhores resultados no desempenho econômico, na qualidade do serviço de saúde prestado e no controle social, além de possibilitar a injeção de investimentos necessários para a manutenção do aparato hospitalar com mais rapidez e em maior escala.

Esta pesquisa, longe de se enveredar por matizes ideológicas, será fundamentada em caráter técnico e meritório. Para alcançar os fins propostos por esta dissertação, será realizado um estudo de caso do Hospital do Subúrbio, único hospital público no Brasil até o presente momento com gestão privada através de PPP e no modelo “bata branca”. A análise da eficiência deste modelo será averiguada tendo como referência a gestão direta do Estado em outro hospital público, através do método comparativo.

O presente trabalho foi dividido em três capítulos. No primeiro, serão trazidas considerações gerais sobre o processo evolutivo da concepção de saúde, o direito à saúde na Constituição Federal de 1988 e sua base principiológica. Ainda neste capítulo, será abordada a descrição de aspectos relacionados às transformações do

¹Nota explicativa: o modelo de gestão hospitalar “bata branca”, cerne desta pesquisa, será explicado no terceiro capítulo, adiantando aqui tratar-se de modelo de PPP na saúde com gestão integral, em que a concessionária é responsável tanto pela operação e manutenção do equipamento público (aparato hospitalar), quanto pelo atendimento assistencial aos usuários do serviço público de saúde.

papel do Estado brasileiro e a posição jurídica do serviço de saúde no aparelho do Estado brasileiro.

O segundo capítulo terá por base o sistema público de saúde vigente no Estado brasileiro. Inicialmente apresentam-se informações gerais sobre a construção do Sistema Único de Saúde – SUS, sua organização e gestão, além de considerações acerca do financiamento.

Prosseguindo e tendo em vista os objetivos deste estudo, são aduzidas reflexões sobre o princípio da eficiência implantado na seara pública com a Emenda Constitucional n. 19/1998, bem como da participação da iniciativa privada no âmbito do SUS. Na sequência, dá-se ênfase ao tema concernente a expansão da participação privada na prestação pública da saúde, trazendo à lume a gestão nos hospitais públicos pelas Organizações Sociais (OS).

O terceiro capítulo será dedicado às Parcerias Público-Privadas, com as suas diretrizes gerais, além da abordagem necessária acerca da delegação da prestação do serviço público de saúde à iniciativa privada. Prosseguindo e tendo em vista os objetivos deste estudo, será feito um breve histórico das Parcerias no cenário internacional, adentrando-se especificamente no setor da saúde e nos seus possíveis modelos de gestão por PPP. As experiências de PPP no âmbito da saúde pública no Brasil também serão compartilhadas pelo trabalho.

A seguir será realizado um estudo de caso do Hospital do Subúrbio, bem como uma análise comparativa da eficiência entre a sua gestão “bata branca” e a gestão direta do Estado no Hospital Geral Roberto Santos, através de indicadores de desempenho selecionados.

Ao final serão apresentadas as conclusões que esta pesquisa permitiu inferir acerca da eficiência das gestões hospitalares, tanto da gestão direta pela Administração Pública, quanto pela gestão privada da PPP.

Assim, esta pesquisa será desenvolvida com o intuito de verificar como a PPP e sua gestão “bata branca” pode ser mais eficiente para o Poder Público na saúde pública hospitalar em tempos de crise econômica e de austeridade fiscal.

2. O DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

A Constituição Federal de 1988 trouxe expresso no seu Preâmbulo que ali se está instituindo um Estado democrático destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos.

O reconhecimento expresso do direito à saúde como direito social fundamental certamente representou uma importante conquista no marco constitucional inaugurado em 1988, após um processo de ampla mobilização e debate promovido pelos ativistas do movimento de reforma sanitária e, posteriormente, por diversos segmentos da sociedade durante a Constituinte.

Sob o manto da soberania, fundamento da República Federativa do Brasil, foi então consagrado expressamente no art. 6º da Carta Magna a saúde como um direito social fundamental, tendo adotado, para tanto, a concepção de saúde propugnada no âmbito internacional.

2.1. A concepção atual de saúde

Em que pese ser a saúde um tema presente no dia a dia de toda a sociedade, seja pela busca de mecanismos para sua manutenção, seja em busca de tratamentos para a cura de moléstias já adquiridas por variados fatores, falar em saúde ainda não é tão simples, pois pressupõe a existência de uma definição do que de fato é a saúde.

Registra-se que a preocupação e o senso de responsabilidade no que tange à saúde pública existem desde as antigas civilizações, dando início a políticas comunitárias de saúde, o que trouxe melhorias, no decorrer da história da humanidade. Desde então a concepção de saúde vem sofrendo, ao longo das épocas históricas, constante adequação aos novos tempos e aos inúmeros fatores que levaram à evolução dos povos.

Até o advento do período industrial, quando os cuidados individuais de saúde dos operários passaram a ser custeados pelos industriais, a saúde era vista como a ausência de doença e a doença como um “problema individual de ordem exclusivamente biológica”. Logo, a cura era “uma questão de mera intervenção mecânica no nível biológico” (QUEIROZ; VIANNA; 1992, p. 134).

Foi um período marcado pelo medo do contágio e também pelo preconceito

contra os doentes, o que levou a comunidade a associar-se para buscar proteção. A classe empresária, interessada em manter seus operários saudáveis, e, portanto, produtivos no maior espaço de tempo, foi quem suportou os custos dos cuidados aos doentes. Isto ocorreu, principalmente, em vista da conduta absenteísta do Estado, nessa fase da história, em nome dos princípios liberais da liberdade e igualdade (SILVA, 2007, p. 20).

Vale mencionar aqui, para melhor compreensão do processo evolutivo da concepção da saúde, que a tão almejada liberdade, tornou-se, no chamado Estado Liberal, um condutor de graves e irreprimíveis situações de arbítrio, enquanto a igualdade passou a ser seguida num plano meramente formal, conservando-se numa ideologia de classe. A liberdade contratual, assim, conduziu à exploração desumana do trabalho e a métodos brutais de exploração econômica, sendo este o retrato da primeira fase da Revolução Industrial (BONAVIDES, 2013, p. 42-59).

Logo, o interesse crescente pela igualdade como um princípio de justiça social, bem como a consciência de que o mero reconhecimento formal de uma capacidade igual no que diz respeito aos direitos não seria suficiente para garantir a afirmação de certos valores fundamentais da pessoa humana, repercutiu junto ao operariado que, iniciando seu processo de organização, especialmente a partir da Segunda Guerra Mundial, passou a reivindicar a intervenção do Estado na proteção da saúde da população, mais especificamente a chamada “medicina curativa” e a fiscalização das condições de saúde do trabalhador.

Dessa problemática depreendeu-se “a necessidade de intervenção estatal para assegurar as condições mínimas de sobrevivência digna do homem”, o que culminou na criação dos direitos sociais, entre eles, o direito à saúde (CURY, 2005, p. 38).

A partir daí vieram a lume diplomas constitucionais, no século XX, que introduziram uma nova concepção política com forte vocação social, tais como a Constituição mexicana de 1917; a Constituição de Weimar de 1919, da Alemanha; a Declaração dos Direitos do Povo Trabalhador e Explorado, editada na Rússia em 1918; a Carta de Trabalho de 1927 do Estado Fascista Italiano e, principalmente, a Declaração Universal dos Direitos do Homem, de 1948, inaugurando uma nova fase nas relações entre os governantes e governados.

É neste contexto que o significado de saúde, então, amplia-se para basear-se em um propósito de qualidade de vida, pressupondo todo um conjunto de direitos às pessoas e ao ambiente em que vivem, assim como atuações estatais que visam a

promover, proteger ou recuperar a saúde do povo. Afigura-se, aqui, uma correlação de fatores sociais, econômicos e ambientais com o binômio saúde-doença.

Segundo Minayo, Hartz e Buss (2000, p. 10), a noção de qualidade de vida, no que concerne à saúde, diz respeito tanto ao modo, condições e estilos de vida, quanto às ideias de desenvolvimento sustentável e ecologia humana, além de relacionar-se também com o campo da democracia, do desenvolvimento e dos direitos humanos e sociais. Em suma, é uma resultante social da construção coletiva dos padrões de conforto e tolerância que determinada sociedade estabelece como parâmetros para si.

Assim sendo, hodiernamente, não mais se concebe pensar a questão da saúde numa dimensão reduzida, isto é, como simples ausência de doença e esta como um problema individual, com solução centrada na assistência médica curativa desenvolvida nos estabelecimentos médico-assistenciais. Deve ir além disso.

Numa perspectiva moderna, a saúde deve ser considerada de modo mais abrangente, associada à noção de bem comum, inclusive, como um bem e um direito social, componente da própria “cidadania, que é um referencial e um valor básico a ser assimilado pelo poder público para o balizamento e orientação de sua conduta, decisões, estratégias e ações” (ALMEIDA; CASTRO; LISBOA; 2006, p. 11).

O conceito de saúde mais abrangente e objetivo é dado pela Organização Mundial da Saúde (OMS)², órgão integrante da Organização das Nações Unidas (ONU), no preâmbulo de sua Constituição, datada de 26.07.1946, tendo exercido grande influência nas legislações dos seus países membros. Este novo conceito de saúde foi além do seu significado negativo que vigorava à época, isto é, a saúde como ausência de doenças.

Em suma, a definição desenvolvida pela OMS expressa que a “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (WHO)³. Afigurou-se, então, uma concepção positiva de saúde.

Além do mais, no texto da Constituição da OMS “a responsabilidade governamental pela saúde pública é explicitamente reconhecida e o direito à saúde é

² A Organização Mundial da Saúde (OMS) é um organismo especializado dentro da Organização das Nações Unidas, instituído com o objetivo de cooperar entre eles e com outros na promoção da saúde de todas as pessoas, sendo composta, na atualidade, por 194 países.

³ Tradução livre de: “*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.* (WHO).

expressamente mencionado”. Neste viés, a saúde “é considerada o fator essencial na realização dos direitos fundamentais e até mesmo para se alcançar a segurança individual e dos Estados” (CURY, 2005, p. 44).

É notável a proximidade entre as noções de qualidade de vida e saúde trazida por esta nova formulação conceitual de saúde, evidenciando-se, por conseguinte, a necessidade de garantia, pelo Estado, da saúde como um direito do ser humano. “A saúde deixa de ser um estado estático, biologicamente definido, para ser compreendida como um estado dinâmico, socialmente produzido” (BUSS, 2000, p. 174).

Por outro lado, há quem critique esta concepção. Ana Lúcia Magela de Resende (1986, p. 86), por exemplo, entende que a ideia de um “completo bem-estar” reduz o fenômeno saúde a uma circunstância essencialmente inerte, ou seja, nem real nem cientificamente aceitável, especialmente quando se trata da sociedade brasileira, em que há um acentuado desnível cultural e uma profunda desigualdade social.

Em que pese tal consideração, nota-se que foi a partir da criação da OMS que a concepção de saúde ganhou maior abrangência, tendo consolidado a compreensão no sentido de que a pessoa saudável é aquela que, além de apresentar-se em perfeitas condições de higidez física e mental, se encontra convenientemente integrada na vida em sociedade, desfrutando dos meios necessários ao seu bem-estar. Houve, portanto, o reconhecimento da saúde como indispensável à dignidade humana, assim como a estreita e recíproca relação da saúde do homem com as condições socioambientais e econômicas em que vive.

Em vista disso, a saúde não pode se apresentar mais dissociada das condições que rodeiam o homem e a coletividade, ainda que tal ideia induza a um aumento considerável do “encargo irrenunciável do Estado na promoção da saúde de indivíduos e populações, que vai além das tarefas de prevenção das doenças, recuperação dos doentes e a reabilitação” (SILVA, 2007, p. 24).

Consequentemente, há que se reconhecer que as condições de saúde de uma população, atualmente, estão diretamente subordinadas ao seu nível de desenvolvimento socioeconômico e cultural. Neste sentido, salienta-se que não basta a existência de comandos legais determinando a necessária intervenção do Estado na proteção da saúde pública, se o Estado não tiver alcançado um nível de desenvolvimento socioeconômico e cultural que o torne capaz de satisfazer todas as necessidades de infraestrutura da população e de educá-la para a preservação da

saúde.

Paulo Marchiori Buss (2003, p. 36) traz à baila que

a saúde tem determinações sociais, econômicas, políticas e culturais mais amplas do que simplesmente a herança genética, a biologia humana e os fatores ambientais mais imediatos.

Nesta linha, Paula Saldanha (2005, p. 80) relata em seu estudo que o Instituto Nacional de Saúde Pública de Estocolmo (National Institute of Public Health), em 1997, assinalou as principais determinantes da saúde⁴: comportamentos relativos à saúde (consumo excessivo de tabaco, álcool e de drogas, dieta e exercício físico), ambiente (casa, trabalho/estudo, transporte, acesso a transporte, ruído, qualidade do ar e da água, saneamento, radiações e biodiversidade), aspectos sociais (desemprego e pobreza), serviços de saúde (sistemas de saúde dos países, políticas de promoção e prevenção da saúde, padrões de cuidados de saúde, utilização do hospital, qualidade dos fármacos, investigação).

Sob este prisma, Oliveira, Souza e Lamy (2016, p. 314) apresentam o conceito do direito à saúde, em um caráter ampliativo, como “um direito revestido de extrema complexidade”, já que estariam incluídos neste direito tanto o acesso aos serviços e aos produtos de saúde, como também as condições essenciais e determinantes da saúde.

Assim, não há dúvida de que a saúde do homem, hoje, está intimamente ligada às condições socioambientais, econômicas e culturais em que vive, afastando-se, desta forma, o entendimento que aproxima a saúde do paradigma da medicina curativa hospitalar fundada numa perspectiva biológica individual.

Em outras palavras, a nova concepção de saúde se aproxima da noção de bem-estar e qualidade de vida, e se afasta da ideia de saúde enquanto ausência de doença. “A saúde não é o oposto lógico da doença” (ALMEIDA FILHO; ANDRADE; 2003, p. 16).

Por conta disso, afigura-se, pois, que as ações e serviços de saúde custeados basicamente pelo Estado não mais diz respeito apenas às ações ou intervenções

4 As determinantes em saúde são o resultado de um conjunto de fatores. De um lado, as características dos indivíduos e das famílias (gênero, idade, situação perante o trabalho, rendimento, escolaridade, características genéticas), os seus estilos de vida e comportamentos (tabagismo, alcoolismo, regimes alimentares, nutrição, práticas sexuais etc.), de outro lado, as condicionantes dos países (políticas sociais de saúde e de educação) em estreita ligação com as dos lugares (qualidade do ambiente do ar, da água, da habitação e do local de trabalho; cobertura de serviços sociais, acessibilidade aos bens e serviços, equipamentos etc). (SALDANHA, 2005, p. 338).

estatais com o fim único de prevenir doenças e de recuperar a saúde por meio da assistência médica curativa realizada nos estabelecimentos médico-assistenciais. Vai além. O Estado deve prover as condições indispensáveis à melhoria da qualidade de vida de todos e de cada um dos cidadãos, aumentando a capacidade de autonomia destes ao pôr em relevo o respeito à dignidade da pessoa humana.

Em arremate, oportuna é a transcrição do conceito de saúde concebido por Germano Schwartz (2001, p. 121). O autor entende a saúde como

um processo sistêmico que objetiva a prevenção e cura de doenças, ao mesmo tempo em que visa a melhor qualidade de vida possível, tendo como instrumento de aferição a realidade de cada indivíduo e pressuposto de efetivação a possibilidade de esse mesmo indivíduo ter acesso aos meios indispensáveis ao seu particular estado de bem-estar.

Resta evidente, portanto, que a saúde é vista e estudada enquanto qualidade de vida, garantida através da promoção, prevenção e cura de doenças por um sistema que age em prol da sociedade e do cidadão. A saúde é, pois, um direito de todos os cidadãos, uma vez que ligada diretamente a dignidade da pessoa humana, enquanto proteção da pessoa, da sua personalidade e da qualidade de “ser humano”.

Em verdade, nem sempre se teve o entendimento de saúde como direito fundamental e universal. O seu reconhecimento como direito social adveio na Declaração Universal de Direitos Humanos de 1948⁵, sendo posteriormente complementada pelo Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC)⁶ em 1966.

No mesmo sentido, a Convenção Americana de Direitos Humanos de 1969⁷, denominada Pacto de San José da Costa Rica, veio salvaguardar a proteção e a

⁵ “Artigo 25. Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e a sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários; e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade” (OHCHR).

⁶ O Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais - PIDESC, adotado pela Assembleia Geral da ONU em 1966, é o principal instrumento internacional de proteção dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Consolida uma série de direitos já declarados na Declaração Universal de Direitos Humanos. No que se refere à saúde, o Pacto estabelece em seu art. 12-1 que “os Estados-Partes do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental” (ONU). Possui 146 signatários, incluindo o Brasil (que o ratificou em 1992).

⁷ “Artigo 26. Os Estados Partes comprometem-se a adotar providências, tanto no âmbito interno como mediante cooperação internacional, especialmente econômica e técnica, a fim de conseguir progressivamente a plena efetividade dos direitos que decorrem das normas econômicas, sociais e sobre educação, ciência e cultura, constantes da Carta da Organização dos Estados Americanos, reformada pelo Protocolo de Buenos Aires, na medida dos recursos disponíveis, por via legislativa ou por outros meios apropriados” (CIDH).

promoção dos direitos sociais, econômicos e culturais.

Não há dúvida de que a noção de proteção do direito à saúde pelo Estado “é resultado de uma longa evolução na concepção não apenas do direito, mas da própria ideia do que seja a saúde, em si mesma considerada”. (FIGUEIREDO, 2007, p. 77).

Por fim, importa destacar que a concepção de saúde adotada pelo Estado brasileiro em sua Constituição de 1988 segue a orientação vigente no Direito Internacional e propugnada pela Organização Mundial de Saúde, em que se aproximam as noções de saúde e qualidade de vida.

2.2. O direito à saúde na Constituição Federal Brasileira de 1988

No Brasil, até o advento da Constituição Federal de 1988, o direito à saúde não se achava expressamente resguardado no ordenamento jurídico brasileiro. A referência ao direito à saúde era inexpressiva e inconstante.

Ao longo desse período, havia previsão, tão-somente, do direito do trabalhador integrante do Regime Geral de Previdência Social a benefícios previdenciários e, dentre estes, os serviços ambulatoriais e hospitalares prestados pelo Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia que integrava o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), extinto com a Constituição Federal em vigor.

Diante deste quadro, a busca pela modificação deste panorama, ainda que no plano normativo, foi um dos ideais do Movimento da Reforma Sanitária, inserido no movimento mais amplo de redemocratização do país, que teve na VIII Conferência Nacional da Saúde (1986) o estabelecimento das grandes diretrizes para a reorganização do sistema de saúde no Brasil (AITH, 2017, p. 60-62).

Neste sentido, Fernando Aith (2017, p. 19-20) confirma em sua literatura que a reconhecimento da saúde como direito em sede constitucional no Brasil foi decorrente do movimento sanitário ocorrido no país, o qual impulsionou a concretização da vontade soberana do povo, transformando-a em direito. O Estado brasileiro seguiu, pois, a diretriz de que o reconhecimento de direitos em uma sociedade vincula-se ao nível de democracia.

A partir daí o direito à saúde foi erigido na Constituição Federal de 88 como direito social fundamental, em acréscimo aos direitos individuais, com amparo constitucional de garantias por parte do Estado. Eis, assim, o que expressa a

literalidade do art. 6º, ao dispor que “são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 1988).

Destaca-se, contudo, que isto ocorreu tardiamente, pois “enquanto o mundo discutia o ajuste estrutural da economia, a crise fiscal, a reforma do aparelho do Estado, a contenção de gastos públicos, aqui se expandiam os direitos sociais na Carta Magna” (CARVALHO, 1998, p. 12); inclusive, na contramão de tendências internacionais que revalorizavam o mercado como alternativa ao modelo clássico do Welfare State.

Deveras, a consagração explícita do direito à saúde, mais do que um resultado de reivindicações através de movimentos sociais, exterioriza uma ordem de valores, “que tem no ser humano o fundamento primeiro e o fim último do Estado Democrático e Social de Direito e da ordem jurídica que o normatiza” (FIGUEIREDO, 2013, p. 20). Ora, o reconhecimento da saúde é indispensável à dignidade da pessoa humana.

De conformidade com a soberania, fundamento da República Federativa do Brasil, o direito à saúde foi inserido na Seção II (Da Saúde), Capítulo II (Da Seguridade Social), Título VIII (Da Ordem Social), da CF de 88, estando legitimado no art. 196 que

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Hoje, o direito à saúde é considerado como um dos direitos fundamentais imprescindíveis para o ser humano, e, portanto, um dos mais importantes a ser garantido pelo Estado, tendo em vista que “é no âmbito do direito à saúde que se manifesta de forma mais contundente a vinculação do seu respectivo objeto [...] com o direito à vida e o princípio da dignidade da pessoa humana” (SARLET, 2015, p. 620).

Por tal razão é que, como o núcleo principiológico da organização jurídica brasileira é a dignidade da pessoa humana, “a saúde comunga da dupla fundamentalidade formal e material da qual se revestem os direitos e garantias fundamentais” (SARLET, 2007, p. 02-03).

Explica-se. Enquanto a fundamentalidade formal está calcada na sua positivação na Lei Maior, norma de superior hierarquia axiológica e com todo aparato jurídico de proteção reforçada, a material diz respeito a relevância do seu bem tutelado para a manutenção da vida humana e fruição dos demais direitos.

Não poderia ser outro o entendimento adotado. Para Barroso (2009, p. 38), inclusive, o conceito de mínimo essencial, ligado à dignidade da pessoa humana, corresponde “às condições elementares de educação, saúde e renda que permitam, em uma determinada sociedade, o acesso aos valores civilizatórios e a participação esclarecida no processo político e no debate público”.

Por sua vez, o Min. Celso de Mello, relator do AgR-RE n. 271.286/RS, firmou entendimento que “a essencialidade do direito à saúde fez com que o legislador constituinte qualificasse como prestações de relevância pública as ações e serviços de saúde (CF, art. 197)” (BRASIL, 2000).

Ademais, para a consecução dos objetivos firmados no que tange ao direito à saúde, a Lei Maior atribuiu em seu art. 23, II, a competência comum da União, Estados, Distrito Federal e Municípios no cuidado com a saúde pública. Além do que, acentuou, em seu art. 30, VII, a competência do Município para “prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população”.

Ante tais disposições, todos os entes federativos são competentes na formulação e execução das políticas públicas, inclusive sob o aspecto legislativo, devendo, pois, estarem articulados em um federalismo cooperativo.

Para legislar sobre proteção e defesa da saúde, a Constituição atribuiu a competência concorrente, cabendo à União a criação das normas gerais, aos Estados e Distrito Federal as normas específicas, e aos Municípios os assuntos de interesse local (arts. 24 e 30) (BRASIL, 1988).

Como bem observa Luís Roberto Barroso (2009, p. 40-41),

como todas as esferas de governo são competentes, impõe-se que haja cooperação entre elas, tendo em vista o “equilíbrio do desenvolvimento e do bem-estar em âmbito nacional” (CF/88, art. 23, parágrafo único). A atribuição de competência comum não significa, porém, que o propósito da Constituição seja a superposição entre a atuação dos entes federados, como se todos detivessem competência irrestrita em relação a todas as questões. Isso, inevitavelmente, acarretaria a ineficiência na prestação dos serviços de saúde, com a mobilização de recursos federais, estaduais e municipais para realizar as mesmas tarefas. (Grifou-se)

Para dar a máxima efetividade a este direito, o diploma constitucional brasileiro prevê a aplicação de um “mínimo exigido da receita resultante de impostos” para as “ações e serviços públicos de saúde”, sendo até mesmo hipótese de intervenção

federal⁸ nos Estados ou no Distrito Federal (art. 34, VII, e), bem como de intervenção estadual nos Municípios (art. 35, III), em razão da ofensa de um dos seus princípios constitucionais sensíveis (BRASIL, 1988).

Seguindo a mesma linha de garantia para a execução de políticas públicas de saúde, a Carta Magna em seus arts. 166 e 198 prevê aplicações mínimas às “ações e serviços públicos de saúde” na elaboração das leis orçamentárias, vedando, em regra, a vinculação de receita, ressalvadas as “ações e serviços públicos de saúde” (art. 167, IV) (BRASIL, 1988).

Segundo Fernando Mânica (2011, p. 161), a Carta Magna de 1988 traçou detalhadamente as funções do Estado em relação à garantia do direito à saúde, principalmente quando: estabeleceu as diretrizes da política de saúde a ser adotada (art. 198); atribuiu à lei complementar a definição de padrões mínimos de financiamento das ações e serviços de saúde (§ 1º, 2º e 3º do art. 198); determinou que a regulamentação, a fiscalização e o controle do setor sejam realizados nos termos da lei (art. 197); e assumiu o dever de prestar serviços públicos de saúde, direta ou indiretamente, mediante participação complementar do setor privado (arts. 197 e 199, § 1º).

De todo modo, resta, pois, pacificado o entendimento de que o direito à saúde foi alçado pela nova ordem constitucional ao nível dos direitos e garantias fundamentais e, em consequência, sua aplicabilidade é imediata, na forma do art. 5º, § 1º, da Constituição Federal. Tal conclusão pode ser auferida tendo em vista a emanção da legislação infraconstitucional vigente, a permitir a exigibilidade do direito consagrado no preceito constitucional.

De fato, no âmbito infraconstitucional, a Lei Federal 8.080, de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, surgiu para regular, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde e trata do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em perfeita harmonia com o regime constitucional da saúde, o mencionado diploma legal prescreve em seu art. 2º, que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990).

⁸ Segundo José Afonso da Silva (2003, p. 483), a “intervenção é ato político que consiste na incursão da entidade que a suporta”; trata-se da “antítese da autonomia”, podendo ocorrer em “situações críticas que põem em risco a segurança do Estado, o equilíbrio federativo, as finanças estaduais [e municipais] e a estabilidade da ordem constitucional”.

2.3. A universalidade, integralidade e igualdade do direito à saúde

Uma das grandes dificuldades esbarradas nas normas positivadas acerca do direito à saúde diz respeito a sua tarefa interpretativa, bem como dos efeitos que podem ser extraídos desta hermenêutica. Assim, apesar da problemática em estabelecer suas delimitações, segue-se o ponto crucial: qual o objeto do direito à saúde? quais são os seus limites? de quem é a titularidade deste direito?

Antes, esclareça-se que o critério de interpretação a ser utilizado na determinação do alcance da tutela constitucional do direito fundamental à saúde deve ser o extensivo, visando assegurar a melhor e mais ampla eficácia às normas de direitos fundamentais e ao texto constitucional como um todo.

No Brasil, o sistema público de saúde estabelecido funda-se nos princípios constitucionais da universalidade, equidade e integralidade da assistência.

Luciano de Oliveira (2010, p. 236) chama atenção para a imprecisão do emprego da expressão universalidade. Em que pese os princípios citados serem distintos, constantemente o princípio da universalidade tem sido utilizado para tratar do objeto de ações propostas, confundindo-o com o princípio da integralidade. O autor, logo, esclarece que a universalidade se refere à titularidade do direito, e não ao seu objeto.

Como já visto, a Constituição brasileira de 1988 proclamou em seu art. 196 a saúde como “direito de todos”. Dito isto, a Lei Maior expressamente consignou a titularidade universal do direito à saúde, a ser reconhecido e assegurado a todas as pessoas, diferentemente do estabelecido pelo sistema anterior, no qual apenas os trabalhadores inseridos no mercado formal eram contemplados com a prestação do serviço público de saúde.

Neste sentido, “a Ministra Ellen Gracie, na STA n. 91, ressaltou que, no seu entendimento, o art. 196 da Constituição refere-se, em princípio, à efetivação de políticas públicas que alcancem a população como um todo” (MENDES; 2011, p. 17).

Evidencia-se, pois, uma titularidade simultaneamente individual e transindividual, seja coletiva ou até mesmo difusa, que não se exaure em nenhum desses aspectos, podendo o direito à saúde ser exigido judicialmente tanto por ações individuais, quanto por procedimentos coletivos, a depender das circunstâncias concretas.

Todavia, relembra-se, neste ponto, que a dimensão individual do direito à saúde foi objeto de grande controvérsia em sede doutrinária. Hoje, vê-se clarificado os seus limites subjetivos na Corte Constitucional⁹, com o reconhecimento do direito a saúde como um direito público subjetivo a ser garantido pela Administração Pública, e, se não o for, é passível de ser exigido (seu cumprimento) pelo Poder Judiciário.

Segundo Sarlet e Figueiredo (2013, p. 3204), a caracterização como direito coletivo (até mesmo difuso em certas conjecturas), “não exclui a titularidade individual do direito à saúde, visto que, a despeito de questões ligadas à saúde pública e coletiva, o direito à saúde não perde o cunho individual decorrente de sua relação com a proteção da vida e a dignidade humana” de cada indivíduo.

Quanto ao “acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (art. 196), o constituinte assegurou que todos tenham, em princípio, as mesmas condições de acessar o sistema público de saúde. Mas, deixa-se claro que, eventuais restrições, quanto a universalidade de acesso ao sistema público de saúde, podem ocorrer diante das circunstâncias do caso concreto, sobretudo se tiverem por desiderato a garantia de equidade do sistema como um todo.

Neste prisma, por universalidade e igualdade do acesso deve ser entendida a responsabilidade estatal pela oferta de serviços de saúde a todas as pessoas que deles necessitarem, sem qualquer tipo de discriminação, exceto aquelas que encontram fundamento no próprio texto constitucional.

Assim sendo, a universalidade e a igualdade não configuram valores absolutos; ambas devem incidir no regime de prestação dos serviços de saúde após sua ponderação com outros valores acolhidos pela Constituição (MÂNICA, 2010, p.132).

Cabe esclarecer, neste ponto, que

⁹ Em caráter ilustrativo, mas representativo da orientação atualmente prevalente da jurisprudência do Supremo Tribunal Federal, são trazidos trechos do Agravo Regimental na Suspensão de Tutela Antecipada 175 (AgR na STA 175/CE), no qual muitas questões acerca do direito à saúde foram examinadas e limites à atuação judicial foram propostos:

“É possível identificar, na redação do referido artigo constitucional, tanto um direito individual quanto um direito coletivo à saúde. Dizer que a norma do artigo 196, por tratar de um direito social, consubstancia-se tão somente em norma programática, incapaz de produzir efeitos, apenas indicando diretrizes a serem observadas pelo poder público, significaria negar a força normativa da Constituição. A dimensão individual do direito à saúde foi destacada pelo Ministro Celso de Mello, relator do AgR-RE no 271.286-8/RS, ao reconhecer o direito à saúde como um direito público subjetivo assegurado à generalidade das pessoas, que conduz o indivíduo e o Estado a uma relação jurídica obrigacional. (...) Não obstante, esse direito subjetivo público é assegurado mediante políticas sociais e econômicas, ou seja, não há um direito absoluto a todo e qualquer procedimento necessário para a proteção, promoção e recuperação da saúde, independentemente da existência de uma política pública que o concretize. Há um direito público subjetivo a políticas públicas que promovam, protejam e recuperem a saúde.”

no âmbito do direito sanitário, o princípio da igualdade é normalmente compreendido no sentido de isonomia formal, deixando-se para o princípio da equidade aquilo que, em Teoria do Direito, corresponderia à noção de igualdade em sentido material ou substancial. Nesse sentido, e a título meramente exemplificativo, texto preparado pelo Ministério da Saúde esclarece: “[o] princípio da equidade reconhece que os indivíduos são diferentes entre si e, portanto, merecem tratamento diferenciado, de modo a eliminar/reduzir as desigualdades existentes” (SARLET; FIGUEIREDO, 2013, p. 3244).

Deste modo, parece razoável que o acesso universal e igualitário às prestações de saúde seja conectado à perspectiva substancial do princípio da isonomia, o qual determina tratamento desigual entre os desiguais, assimilado à noção de equidade no acesso e na distribuição dos recursos da saúde, bem como ao princípio da proporcionalidade, quando for necessário a ponderação concreta dos bens jurídicos em causa (SARLET; FIGUEIREDO, 2013, p. 3243-3244).

Portanto, nos termos da Constituição Federal, tanto a universalidade quanto a igualdade devem ser materiais e não meramente formais, uma vez que a universalidade e a igualdade formal na oferta de serviços públicos de saúde deixam de levar em consideração as desigualdades materiais entre os cidadãos e conduzem a situação de desigualdade real.

Isto, pois, justifica para a efetivação do direito à saúde, e dos direitos sociais em geral, a “análise no caso concreto da condição de cada pessoa e o tratamento discriminatório — ao qual a doutrina constitucional costuma denominar discriminação positiva” (MÂNICA, 2010, p. 138).

Além disso, na visão de Fernando Mânica (2010, p. 83-84) “os serviços de saúde na história do Brasil jamais alcançaram a universalidade de cobertura”, em termos concretos. Segundo este autor, o sistema público de saúde no Estado brasileiro, supostamente gratuito e universal, proporciona a prestação de serviços de alto nível científico e tecnológico¹⁰, inclusive com oferta de medicamentos de alto custo, em grande medida, indistinta e gratuitamente, enquanto é incapaz de oferecer

¹⁰ São os serviços de média e alta complexidade, já regulamentado pela NOAS/SUS, editada por meio da Portaria GM/MS n. 95, de 26 de janeiro de 2001, os quais compreendem o conjunto de ações e serviços que visam a atender problemas de saúde da população e que demandem a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico que não justifiquem sua oferta em todos os municípios, como por exemplo, os serviços de transplante de órgãos (BRASIL, 2001).

serviços de atenção básica de saúde¹¹ às pessoas que deles necessitam e não possuem condições de obtê-los no mercado.

Sarlet (2015, p. 620-627) em sua literatura chama a atenção que não se deve confundir acesso igualitário e universal, assim enunciado no art. 196 da Constituição Federal, com um acesso totalmente gratuito às prestações na esfera da saúde. Inclusive diz ser questionável a tese da gratuidade absoluta dos serviços públicos de saúde ao manifestar que “a garantia do direito à saúde para todos (universalidade) e em igualdade de condições (acesso igualitário) não se identifica com os benefícios no âmbito da assistência social”.

Por sua vez, a integralidade do atendimento reflete a ideia de que as ações e os serviços de saúde devem ser tomados como um todo, harmônico e contínuo, de modo que sejam simultaneamente articulados e integrados em todos os aspectos (individual e coletivo; preventivo, curativo e promocional; local, regional e nacional) e níveis de complexidade do SUS (SARLET; FIGUEIREDO, 2013, p. 3214). Ou seja, o princípio da integralidade de atendimento pressupõe que a cobertura oferecida pelo SUS seja a mais ampla possível, o que evidentemente não afasta a existência de certos limites, sobretudo técnicos.

Em verdade, a Lei Maior não definiu o objeto do direito à saúde em si, limitando-se, no que diz com este ponto, a uma referência genérica nos termos dispostos nos artigos 196 a 200. Deste modo, não há como deduzir, pelo menos do que está expresso, se o direito à saúde como direito a prestações abrange todo e qualquer tipo de prestação relacionada à saúde humana, ou se este direito à saúde encontra-se limitado às prestações básicas e vitais em termos de saúde. (SARLET, 2015, p. 620-627).

Por outro lado, o artigo 7, inciso II, da Lei n. 8.080/90 estabelece que integralidade da assistência deve ser entendida como “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990). Nota-se, aqui, que também não restou delimitado o seu objeto.

¹¹A atenção básica à saúde tem previsão na NOAS/SUS, editada por meio da Portaria GM/MS n. 95, de 26 de janeiro de 2001, compreendendo o conjunto de ações e serviços que devem ser disponibilizados por todos os Municípios, de acordo com seu perfil epidemiológico. Fazem parte da atenção básica o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial e da diabetes mellitus, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal (BRASIL, 2001).

Gilmar Mendes (2011, p. 15) atesta que “não há um direito absoluto a todo e qualquer procedimento necessário para a proteção, promoção e recuperação da saúde, independentemente da existência de uma política pública que o concretize”. Em seu entendimento, apenas “há um direito público subjetivo a políticas públicas que promovam, protejam e recuperem a saúde”.

A indeterminação ou textura aberta do conteúdo do direito à saúde é uma barreira que precisa ser transposta para a concretização do direito. Conhecer a correta extensão do direito à saúde é a única maneira de determinar, com circunscrição, o que o Poder Público está realmente incumbido de prestar a “todos” para assegurar, de forma desembaraçada, a realização do direito.

Neste sentido, com propriedade, asseveram Lenir Santos e Luiz Odorico de Andrade (2007, p. 144-145) que:

A integralidade da assistência deverá pautar-se por regulamentos técnicos e científicos, protocolos de condutas, limites para incorporação de tecnologia, protocolos farmacológicos. A integralidade da assistência, sob esse ponto de vista, não é um conceito que admite toda e qualquer terapêutica existente ou demandada por um paciente ou profissional de saúde. Há que ter critérios científicos e técnicos atualizados para embasar a incorporação desta ou daquela tecnologia, desta ou daquela terapêutica ou medicamento. [...] As inovações tecnológicas na saúde e a indústria farmacêutica nem sempre têm os olhos humanitários — seu fim último não é a cura, mas o lucro dos acionistas. Por isso, se os sistemas públicos de saúde não tiverem critérios para a incorporação da tecnologia, não haverá recursos suficientes.

Para Sarlet (2007), quem irá definir o que é o direito à saúde, quem irá, neste sentido, concretizar este direito é o legislador Federal, Estadual e/ou Municipal, dependendo da competência legislativa prevista na própria Constituição. Da mesma forma, segue sustentando que será o Poder Judiciário, quando acionado, quem irá interpretar as normas da Constituição e as normas infraconstitucionais que a concretizarem.

Todavia, há que se ter cautela. Com razão é a afirmação de Sueli Gandolfi Dallari (1995, p. 33) de que o direito de todos à saúde deve ser compreendido dentro dos parâmetros impostos pela mais atualizada doutrina constitucional, havendo vinculação do legislador e do administrador público em efetivar na melhor medida possível os direitos fundamentais. Para tanto, considerar-se-ão as condições econômicas, sociais e tecnológicas do momento histórico presente.

De todo modo, existindo o direito fundamental à saúde no ordenamento, há o correspondente dever do Estado (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) em prestá-lo. Cabe a estes entes, em suma, a realização de medidas que assegurem e

efetivem o direito à saúde nas dimensões de defesa, proteção e prestações, seja em sentido amplo, seja em sentido estrito.

A Constituição será, porém, um texto meramente romântico de bons propósitos e louvável retórica, se não garantir o direito à saúde de forma universal, igualitária e integral, prestando o serviço de assistência à saúde de forma eficiente, conforme os ditames da Carta Cidadã.

Por tal razão, partir-se-á do pressuposto de que a assistência à saúde exige providências de várias ordens por parte do Estado, dentre elas a busca por novas modalidades de gestão na relação público/privada para a prestação dos serviços de saúde, capazes de viabilizar a eficácia social do sistema de saúde de forma mais eficiente, matéria foco deste estudo.

2.4. A redefinição do papel do Estado e da Administração Pública

Tratar de questões relativas a prestação dos serviços de saúde no sistema público brasileiro e, em especial da participação da iniciativa privada no âmbito da gestão hospitalar no SUS, implica voltar os olhos para o redimensionamento do papel do Estado brasileiro¹². Até porque, “as parcerias entre os setores públicos e privado possuem forte relação com as transformações econômicas e políticas que se sucederam a partir do século XIX” (POLTRONIERI, 2005, p. 2).

Esclareça-se, de antemão, que não se pretende, em face dos limites deste estudo, analisar de forma crítica e aprofundada, os motivos e as transformações que vêm ocorrendo no Estado brasileiro. É necessário, porém, apontá-los para contextualizar o objeto deste trabalho.

O Estado atravessou um processo histórico de evolução que vai desde o Estado Liberal, com funções restritas, limitando-se a prestação dos serviços essenciais, passando pelo Estado Social, onde trouxe para si o comando do

¹² Para o presente estudo levar-se-á em consideração as três formas de administrar o Estado: a administração patrimonialista, a administração burocrática e a administração pública gerencial. Esta última será abordada de forma mais profunda em momento posterior, sendo a base desta pesquisa. Com relação a administração patrimonialista, pode-se dizer que é uma administração do Estado, mas não é pública, uma vez que não visa ao interesse público; é a administração na qual o patrimônio privado se confunde com o patrimônio público, típica das monarquias absolutistas, mas presente em regimes democráticos imperfeitos através do “clientelismo”. Já a administração pública burocrática se expressa através de normas rígidas de procedimento administrativo, baseada em um “serviço civil profissional, na dominação racional-legal weberiana e no universalismo de procedimentos” (BRESSER-PEREIRA, 2011, p. 20).

desenvolvimento econômico e social, até a fase atual, que perdura desde o final do século XX, com uma redefinição de um novo modelo de Estado.

Esta ideia de um “novo modelo de Estado” surgiu das dificuldades enfrentadas pelos Estados diante da crise fiscal e financeira, pois enquanto o déficit público aumentava, havia escassez de novos recursos para custear o Estado de Bem-Estar, somada a ineficiência da prestação do serviço público, a corrupção, a globalização, dentre outras causas (PIETRO, 2012, p. 47), que ensejaram em uma verdadeira “crise do Estado”.

Segundo Nadia Gaiofatto (2006, p. 01), a chamada “crise do Estado” é uma expressão

utilizada muitas vezes sob um falso consenso, por reunir sob o mesmo título diversas crises simultâneas: a) a fiscal, entendida como o excesso de gasto público social; b) a econômica, visando a um Estado regulador, indutor, coordenador e mobilizador dos agentes econômicos e sociais; c) a social, com a crise do Estado de Bem-Estar Social; d) a política, questionando-se a incapacidade de institucionalizar a democracia e prover uma cidadania adequada; e e) a crise do modelo burocrático de gestão pública, tendo em vista os elevados custos e a baixa qualidade dos serviços prestados pelo Estado.

Com a crise econômica mundial instalada no final dos anos setenta do século passado, o modelo de Estado de Bem-Estar Social, executor de políticas públicas, construído pelos países industrializados depois da segunda guerra mundial restou inviabilizado nos moldes que lhe acometiam. Em consequência, o Estado logo viu-se em uma busca constante por alternativas para a realização de tarefas essenciais, notadamente os serviços públicos e a concretização dos direitos fundamentais.

Perante tal crise, uma proposta neoliberal veio à tona intencionando o restabelecimento do equilíbrio fiscal e da balança de pagamentos dos países em crise, através de um redimensionamento da participação do Estado na produção direta dos bens e serviços de acordo com o princípio da subsidiariedade¹³, de forma a fazer prevalecer a função reguladora e promotora dos interesses da sociedade civil.

Afigura-se, pois, que “o estabelecimento de uma nova arquitetura da sua organização, tornando-a mais flexível e transparente, constitui corolário lógico dessa linha de atuação” (CLAD, 1998, p. 03)). E assim foi feito. Nesta perspectiva promoveu-

¹³ Este princípio traz a ideia de que o Estado só deve intervir quando a iniciativa privada não o faça ou não possa fazer. A sociedade passa a ser responsável pelo exercício de atividades que, ainda que de interesse da coletividade como um todo, prescindem da atuação direta do Estado, cabendo a este o papel de fomentador, controlador e coordenador da atuação social.

se a redução do tamanho do Estado¹⁴ e a sua substituição pelo mercado como instrumento predominante do desenvolvimento, alterando, por consequência, a responsabilidade principal da esfera da gestão ou execução das tarefas (função operacional), para as funções de planejamento, garantia, regulação e controle, tendo como inspiração o modelo norte-americano de administração descentralizada.

Isso, no entanto,

começou-se, nos anos setenta e oitenta, pela liberalização e privatização. Seguiu-se, nos anos noventa, a re-regulação, ou seja, o controle das escolhas privadas por imposição de regras públicas, precisamente em domínios dos quais os Estados se haviam retirado (CANOTILHO, 2000, p. 29-30).

O mesmo ocorreu no Estado brasileiro. Com o intuito de adequar-se as novas tendências que a crise fiscal e a falência do Estado de Bem-Estar Social geraram nos países desenvolvidos, o Brasil seguiu os passos destes ao vislumbrar a necessidade de redefinir o papel do Estado e, via de consequência, da própria Administração Pública, intencionando tornar o setor mais eficiente e racional. Deste modo, instituiu a Administração Pública Gerencial em substituição à então Administração Pública Burocrática, privatizando e concedendo os setores estratégicos de infraestrutura e conservando no Estado apenas os meios institucionais de controle e regulação.

Segundo Renato Poltronieri (2005, p. 16-17), o Decreto-lei n. 200 editado por ocasião da reforma ocorrida em 1967, foi “o embrião que registrou a tentativa de superação dos princípios centralizadores e hierárquicos da burocracia clássica com a filosofia da administração gerencial, dando ênfase para a eficiência e para a descentralização administrativa”. Para tanto, tomou como base a autonomia da Administração indireta e a instituição de princípios como o da racionalidade administrativa, do planejamento, do orçamento, da descentralização e do controle dos resultados.

Mas, foi somente em 1995 que o governo brasileiro iniciou a reforma administrativa no Executivo federal, tendo como base o modelo inglês *Next Steps* e o americano *National Performance Review*. Tal desiderato revelava uma visão estratégica para lidar com a crise fiscal, rever o seu papel e os mecanismos de

¹⁴ Neste contexto, esclarece-se que os termos desestatização, desregulamentação e privatização denotam um processo de transformação com o objetivo de diminuir, substancialmente, o papel do Estado na vida social. A desestatização, porém, constitui uma política mais ampla de efetiva redução do papel do Estado na vida social e econômica, enquanto que a desregulamentação e a privatização são desdobramentos do processo de desestatização (AMARAL FILHO, 1996, p. 45-47).

controle dos gastos públicos, além de implementar políticas de privatização, tudo em prol da substituição do modelo de gestão burocrática pela gestão orientada pelo desempenho do Estado (REZENDE, 2004, p. 24-30).

Nesta época, assevera Bresser-Pereira (2001, p. 244), as ideias do New Public Management (Nova Gestão Pública), nova disciplina surgida no Reino Unido, influenciaram de forma expressiva a filosofia da Reforma Administrativa. Tinha como base os princípios neoliberais adotados por muitos países europeus tidos como social-democratas. Não obstante ter sido inicialmente criticado por agir “contra os administradores públicos ou burocratas”, entendia que sua pretensão era “torná-los mais autônomos e responsáveis” na medida em que defendia as “carreiras de Estado e o fortalecimento da capacidade gerencial do Estado” a partir de três dimensões: uma institucional, uma cultural e outra de gestão.

Chama-se atenção, aqui, o fato deste movimento *new public management* ter surgido em meados dos anos oitenta, época em que o “neoliberalismo” começou a ser implementado nos mais diversos países. Logo vê-se que, foi no mesmo período no qual Margaret Thatcher, na Grã-Bretanha, e Ronald Reagan, nos Estados Unidos, assumiram a missão de restaurar a economia e iniciaram um processo de desconstrução do Estado de Bem-Estar Social nos países desenvolvidos (HARVEY, 2008, p. 32).

A reforma gerencial almejava a revisão do papel do Estado sob a concepção de uma “empresa”, a partir da investigação de quais atividades deveriam ser realizadas diretamente por ele, quais as que seriam promovidas ou financiadas e de quais o Estado deveria manter-se alheio. No plano teórico, os critérios para esta investigação deveriam ser os objetivos políticos fundamentais da sociedade contemporânea, como ordem, liberdade, igualdade, bem-estar, e o principal deles, a “eficiência” (BRESSER-PEREIRA, 2011, p. 23).

Eis, assim, que surge, nesta ocasião, o conceito de “cidadão-cliente” proposto por Bresser-Pereira, idealizador da reforma gerencial no Brasil. Trata-se da figura central do modelo gerencial, porquanto deixa de ser visto como um cidadão detentor de direitos públicos para se transformar em um consumidor na sua relação com o Estado (GURGEL et al., 2013, p. 3).

Em resumo, a ideia, apontada por Maria Sylvia Zanella Di Pietro (2003, p. 429), é liberar o Estado brasileiro da prestação de inúmeras atividades, deixando-as nas mãos da iniciativa privada, com a consequente diminuição do grau de aparelhamento

do Estado; este assume as ações de planejamento, regulação e controle, ao mesmo tempo que subsidia e incentiva a iniciativa privada de interesse público. Assim, o Estado continua a exercer as mesmas funções administrativas que já exercia antes, “porém alteram-se as prioridades, muda-se a política pública, substitui-se a forma de gestão”.

Logo vê-se que, as mudanças realizadas com o fim de consolidar a reforma administrativa tiveram o sentido de cingir ao Estado àquelas funções que lhe são próprias, reservando, em princípio, os serviços que não são exclusivos para a iniciativa privada.

No tocante ao fornecimento dos serviços de saúde, Bresser-Pereira (2011, p. 243) discorre em sua literatura que a reforma ora implementada preservava a obrigação do Estado quanto à sua prestação de forma universal e gratuita, porém tendo optado por um sistema de parceria ou de cogestão entre o Estado e a sociedade civil. Este tema será, contudo, objeto de aprofundamento nesta pesquisa em momento posterior.

Ainda em 1995, o Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), solidificando a implantação desse novo modelo de Estado, criou o Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado (PDRAE), definindo os objetivos e as diretrizes para os quatro setores de atuação adotados por ele: i) o núcleo estratégico, compreendendo os Poderes Executivo, Legislativo, Judiciário e Ministério Público; ii) as atividades exclusivas do Estado, correspondendo aos setores cujos serviços somente podem ser realizados por ele, em decorrência do seu poder extroverso; iii) os serviços não-exclusivos do Estado, onde há atuação simultânea das organizações de natureza não-lucrativa (públicas não estatais) e privadas, que são de interesse do próprio Estado pela alta relevância econômica ou social, destacando-se dentre eles os serviços de saúde; e iv) a produção de bens e serviços para o mercado, abrangendo o segmento produtivo e o mercado financeiro (BRASIL, 1995, p. 52-53).

Tratou-se, portanto, do primeiro momento da Reforma do Estado brasileiro, com a sua conseqüente reforma administrativa. Esta tendência gerencialista manteve-se vigente, até porque os motivos que lhe deram causa não deixaram de existir, porém com significativas transformações na gestão pública necessárias para reduzir o déficit institucional e ampliar a governança, a fim de alcançar mais eficiência, transparência e participação da sociedade.

Assim foi oportunizada uma “Administração Consensual”, empregada,

principalmente, para desenvolver projetos conjuntos entre a iniciativa privada e as entidades públicas, adentrando em um novo espaço para as prestações de serviços públicos (MOREIRA NETO, 2007).

Em suas considerações, Poltronieri (2005, p. 54) bem resume quais seriam as bases da reformulação na atuação administrativa do Estado implantada no Brasil: “(i) a privatização das grandes estatais, (ii) concessão da prestação de serviços públicos essenciais e (iii) a tentativa de reformulação da Administração Pública de forma a desvinculá-la e diferenciá-la de influências e determinações políticas”.

Em suma, nota-se, então, que o aspecto mais relevante das reformas são as novas formas de gestão governamental experimentadas, sendo a expressão “modernização do setor público” um tema central nos mais variados contextos ideológicos, tratando-se da construção de um modelo pós-burocrático após a transformação dos procedimentos da própria administração pública, a qual abrangeria: uma Administração voltada a resultados; prestação de serviços públicos para o atendimento das necessidades do cidadão/consumidor, contando com uma maior participação da sociedade na avaliação das políticas públicas; flexibilização do funcionamento interno do setor público, em termos de gestão de contratação de pessoal; e uma ampliação nos sujeitos provedores de serviços públicos, retirando do Estado o caráter de exclusividade. Tudo isto está associado a uma maior eficiência e aumento da qualidade dos serviços públicos (ABRUCIO; COSTA, 1998, p. 1-5).

Afigura-se, aqui, que o problema atual não tange a diminuição do tamanho do Estado, mas sim, adequá-lo à nova realidade, na qual os governos detêm menos recursos e poder, enfrentando uma realidade social mais complexa em que os atores se mostram mais autônomos e fluidos.

Diante desta situação, deflui-se que os governos terão que otimizar seus recursos, estabelecer parcerias com a comunidade, com o setor privado e com o Terceiro Setor, na figura das organizações públicas não-estatais, descentralizar tarefas, aumentar sua capacidade de regulação econômica e modificar a forma de provisão dos serviços públicos, principalmente na área social como a saúde.

2.5. A prestação dos serviços de saúde no Estado Brasileiro e sua natureza jurídica em sede constitucional

As transformações que se sucederam no modelo de Estado brasileiro, as quais

tencionaram, sobretudo, a redução do aparelho do Estado e a ampliação dos mecanismos de competição, inspiraram tendências para mudanças também nos lineamentos dos serviços públicos. O que fez jus a ideia de que as atividades de prestação de serviços ao cidadão são relevantes para qualquer programa de reforma do Estado a ser implementado no Brasil.

Neste contexto, relembra-se, aqui, que o movimento de reestruturação do Estado, já abordado neste estudo, ao tratar de serviços públicos, conduz a retirada do próprio Poder Público da execução direta de certas tarefas, transferindo sua execução à iniciativa privada, com regras definidas, ou autorizando os particulares a assumirem a prestação de serviços considerados de interesse geral, reservando a si a tarefa de regulá-los.

Mas, o que é serviço público¹⁵? Como bem assevera Dinorá Grotti (2003, p. 87), “cada povo diz o que é serviço público em seu sistema jurídico”. Deste modo, “a qualificação de uma dada atividade como serviço público” faz alusão ao “plano da escolha política, que pode estar fixada na Constituição do país, na lei, na jurisprudência e nos costumes vigentes em um dado tempo histórico”.

Em destaque, Fernando Herren Aguillar (1999, p. 119) traz em sua literatura sobre serviços públicos “a famosa definição de Léon Duguit”:

serviço público é toda atividade cujo desempenho deve ser regulado, assegurado e controlado pelos governantes, porque o desempenho dessa atividade é indispensável à realização e ao desenvolvimento da interdependência social, que é de natureza que não pode ser assegurada completamente senão mediante a intervenção da força governante.

No contexto brasileiro, o conceito de serviço público é evidenciado na doutrina de Celso Antônio Bandeira de Mello (2013, p. 687) como sendo:

toda atividade de oferecimento de utilidade ou comodidade material destinada à satisfação da coletividade em geral, mas fruível singularmente pelos administrados, que o Estado assume como pertinente a seus deveres e presta por si mesmo ou por quem lhe faça as vezes, sob um regime de Direito Público – portanto, consagrador de prerrogativas de supremacia e de restrições especiais -, instituído em favor dos interesses definidos como

¹⁵ Esclareça-se, neste ponto, que não se pretende aprofundar, e muito menos exaurir, o conceito de serviço público, justamente pela quantidade de definições, as mais diversas, existentes na doutrina ser um dos seus maiores problemas. Além do que, os conceitos de serviço público sofrem, com o passar do tempo, uma dupla defasagem histórica, seja na mutabilidade e pluralidade dos conceitos, como na mutabilidade do objeto conceituado. (AGUILLAR, 1999, p. 111-114). Por outro lado, não se pode olvidar a importância do teórico Léon Duguit, que capitaneou a chamada “Escola do Serviço Público”. Foi através de suas ideias que a noção de serviço público apareceu “como fórmula revolucionadora do Direito Público em geral e do Direito Administrativo em particular, substituindo a ideia central desta disciplina, que dantes era “poder” estatal, para a ideia de “serviço aos administrados” (MELLO, 2013, p. 687-688).

públicos no sistema normativo.

Hodiernamente, já se nota uma certa exigência da CF na criação de serviços públicos tendo como amparo a garantia de direitos fundamentais de cada ser humano. Nessa perspectiva, tem razão Alexandre Santos de Aragão (2007, p. 39) quando afirma que os serviços públicos “têm como objeto bens escassos, via de regra condicionantes da dignidade da pessoa humana, que se não passam a ser da responsabilidade do Estado, ficando apenas sob a gestão da livre iniciativa, não seriam eficientemente fornecidos a todas as regiões e classes sociais do país”.

Dinorá Grotti (2003, p. 372) afiança em sua literatura que o Brasil tem uma base constitucional do serviço público, conforme visto em vários referenciais na Carta Magna, os quais demonstram o préstimo jurídico da noção de serviço público e os princípios fundamentais garantidores de prerrogativas e restrições especiais em relação aos particulares. Da prescrição na CF, o serviço público é de incumbência do Poder Público¹⁶; determinados serviços são de sua titularidade; há regras e vetores firmados, tais como: dever de os prestadores manterem serviço adequado¹⁷; responsabilidade objetiva dos mesmos¹⁸; regulamentação da greve na Administração Pública por lei específica; participação democrática dos usuários; sujeição ao regime de direito público dos bens afetados à realização do serviço público; execução direta pelo Estado em caso de resgate ou encampação de serviços concedidos; e reversão dos bens afetados à prestação dos serviços, no caso de falência ou extinção da empresa concessionária.

Além disso, registra-se que a enumeração dos serviços considerados públicos pelo texto constitucional não é exaustiva, podendo ser criados tantos outros quantos forem necessários pelos entes federativos, dentro de certos limites, não obstante a Constituição Federal já indicar, expressamente, alguns serviços como de alçada do Poder Público (MELLO, 2013, p.702-704).

Convém destacar, neste ponto, a classificação dos serviços públicos concebida por Mello (2018, p. 716-718), com base na Constituição Federal:

a) serviços de prestação obrigatória e exclusiva do Estado – há duas espécies de serviços que só podem ser prestados pelo próprio Estado, isto é, que não podem ser prestados por concessão, permissão ou autorização. São eles os de serviço postal e correio aéreo nacional, como resulta do art. 21, X;

¹⁶ Art. 175 da Constituição Federal.

¹⁷ Art. 175, parágrafo único, IV, da Constituição Federal.

¹⁸ Art. 37, §6, da Constituição Federal.

b) serviços de prestação obrigatória do Estado e em que é também obrigatório outorgar em concessão a terceiros – há uma espécie de serviços públicos que o Estado, conquanto obrigado a prestar por si ou por criatura sua, é também obrigado a oferecer em concessão, permissão ou autorização: são os serviços de radiodifusão sonora (rádio) ou de sons e imagens (televisão). Isto porque o art. 233 determina que, na matéria, seja observado o princípio da complementaridade dos sistemas privado, público e estatal.

c) serviços de prestação obrigatória pelo Estado, mas sem exclusividade – há cinco espécies de serviço que o Estado não pode permitir que sejam prestados exclusivamente por terceiros, seja a título de atividade privada livre, seja a título de concessão, autorização ou permissão. São os serviços: 1) de educação, 2) de saúde, 3) de previdência social, 4) de assistência social e 5) de radiodifusão sonora e de sons e imagens.

d) serviços de prestação não-obrigatória pelo Estado, mas não os prestando é obrigado a promover-lhes a prestação, tendo, pois, que outorgá-los em concessão ou permissão a terceiros – todos os demais serviços públicos, notadamente os arrolados no art. 21, XI e XII, da Constituição, o Estado tanto pode prestar por si mesmo (mediante administração direta ou indireta) como transferindo seu desempenho a entidade privada (mediante concessão ou permissão).

Para parte da doutrina algumas atividades são substancialmente públicas, pois é a essencialidade da atividade que faz com que o Estado avoque para si, com exclusividade, seu desempenho. São aqueles conhecidos como essencialistas. Já para a outra parte dos doutrinadores somente é possível identificar os serviços públicos pelas consequências jurídicas impostas pela Constituição, uma vez que para eles o conceito de serviço público é dependente de disposições constitucionais e/ou legais. São estes conhecidos como convencionalistas-legalistas (AGUILLAR, 1999, p. 126).

Aguillar segue concluindo que a Constituição Federal não estimula a construção de conceitos essencialistas sobre serviço público, e tampouco traz expresso, nem nunca trouxeram os textos constitucionais que a precederam, qualquer conceito sobre serviço público. Desse modo, não se trata de “mera tautologia dizer-se que o serviço público o é porque a norma constitucional atribui a tal atividade um regime jurídico de serviço público. Assim deve ser enquanto não houver uma definição constitucional de serviço público de caráter essencialista” (1999, p. 160).

Logo vê-se que a finalidade da constituição de uma atividade em serviço público é para que seu desempenho seja subordinado às regras aplicáveis ao serviço público, estabelecendo ao particular a obrigação de previamente obter do Poder Público a concessão ou a autorização para exercê-la, entre outras regras aplicáveis (AGUILLAR, 1999, p. 160).

A par das observações aludidas, é insofismável que, diante da diversificação e da sofisticação dos serviços, estes não são tratados e disciplinados de modo uniforme.

Por suas características, cada serviço

é objeto de um universo jurídico com especialidades muito próprias, não sendo viável explicar tudo globalmente, tornando-se necessário consultar a disciplina de regência de cada matéria e examinar analiticamente como se manifestam as múltiplas competências do Estado, no âmbito dos três Poderes (GROTTI, 2003, p. 89).

E o que dizer da natureza dos serviços de saúde? Este é um dos temas que suscita mais divergências doutrinárias no Brasil.

A princípio, cumpre assinalar que a essencialidade do direito à saúde fez com que o legislador constituinte qualificasse, como prestações de relevância pública, as ações e serviços de saúde (CF, art. 197), cabendo ao Poder Público sua execução de forma direta ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Para Bandeira de Mello (2013, p. 702-705), a Carta Magna já indica os serviços de saúde como da alçada do Poder Público, sendo “*obrigatoriamente serviços públicos*”. Assim sendo, a assistência à saúde integra o rol dos serviços que o Estado tem a obrigação de prestar, mas sem deter a titularidade exclusiva. Em sua concepção, “o Estado não pode permitir que sejam prestados exclusivamente por terceiros, seja a título de atividade privada livre, seja a título de concessão, autorização ou permissão”.

Neste sentido, Mânica (2010, p. 117), após citar alguns dispositivos da Constituição (art. 34, inciso VII, alínea “e”; art. 35, inciso III; art. 167, inciso IV; e art. 198, § 2º), assinala que “tal é o número de dispositivos que atribuem expressamente a qualificação dos serviços de saúde como *serviços públicos*, que não resta outra alternativa a não ser reconhecê-los, no ordenamento pátrio, como o *serviço público por excelência*”.

De outro modo, os serviços de saúde (e também de educação), segundo Fernando Aguillar (1999, p. 152), “não são serviços públicos, nem atividades econômicas desempenhadas pelo Estado, mas funções estatais irrenunciáveis pelo Estado, ainda que não em regime de exclusividade”; são necessariamente desenvolvidos pelo Estado, “que não pode deixar de fazê-lo”, mas não deixam de ser livre aos particulares que desejarem explorá-las.

Já Paulo Modesto (2011, p. 468-500) registra em sua literatura que a Constituição Federal não submeteu os serviços e ações de saúde a uma reserva de direito público, ou seja, não os retirou da esfera de livre atuação das pessoas privadas.

Porém, impôs o caráter de essencialidade aos serviços e ações na área de saúde, enquadrando-os como serviços de relevância pública. E, assim como outras atividades de relevância pública, quando desempenhadas pelo Poder Público como encargo, submetem-se ordinariamente ao regime de direito público, quer por este ser o regime jurídico comum e normal da função administrativa do Estado, quer por expressa decisão legal. Segundo ele, é por esta razão que vários autores consideram as atividades de saúde, quando prestadas pelo Estado, como “serviços públicos”.

Na visão de Modesto (2011, p. 491-500), o conceito de serviço de relevância pública é “menos exigente que o conceito de serviço público”, constituindo-se uma zona jurídica intermediária, visto que não são serviços públicos em sentido estrito nem tampouco são atividades de exploração econômica. Logo, classifica os serviços de saúde como atividades de relevância pública por serem

consideradas essenciais ou prioritárias à comunidade, não titularizadas pelo Estado, cuja regularidade, acessibilidade e disciplina transcendem necessariamente a dimensão individual, obrigando o Poder Público a controlá-las, fiscalizá-las e incentivá-las de modo particularmente intenso (2011, p. 491).

Além do mais, segue com uma crítica contundente ao enquadramento dos serviços de relevância pública no conceito de “serviço público” vinculado a critério estritamente orgânico ou subjetivo, uma vez que, se assim for, sujeitar-se-á “o Poder Público a princípios e normas que inviabilizam ou dificultam a formação de parcerias e instrumentos de cooperação úteis para ampliar a efetividade dos direitos sociais objeto de atenção nesses mesmos serviços”. Por outro lado, enquadrar todos os serviços de relevância pública, sem distinção subjetiva, no conceito de serviço público, é desfazer-se do próprio conceito de serviço público, reduzindo seus préstimos jurídicos (MODESTO, 2011, p. 476).

Diferentemente entende Eros Roberto Grau (2004, p. 68-76), para quem o conceito de relevância pública é predicado axiológico que abrange os serviços públicos exercidos tanto pelo setor público, quanto por parte do setor privado, principalmente em regime de concessão ou permissão, concluindo que a única finalidade do termo do “serviço de relevância pública é a de viabilizar a atuação do Ministério Público”. Neste viés, a saúde é um serviço público, ainda que prestada pelo setor privado.

Conforme se extrai do Direito brasileiro, dentro do universo das ações e serviços de saúde há três distintas possibilidades de prestações. Floriano de Azevedo

Marques Neto (2011, p. 61), bem esclarece, que

primeiro, há as ações e serviços de saúde prestados diretamente pelo Poder Público, nas três esferas da federação, por seus órgãos da Administração Direta (secretarias da saúde) ou pelos seus entes da Administração Indireta (autarquias, fundações, etc.). Em segundo lugar, ainda no que podemos chamar de serviços públicos de saúde, temos a prestação por entes não públicos (empresas privadas ou entidades do terceiro setor) por delegação e em nome do Poder Público que, neste campo, segue exercendo o seu dever irrenunciável de prover todo cidadão brasileiro independente de condição socioeconômica, atividades e serviços de saúde. Aqui estamos diante da prestação em caráter complementar, pois se trata de uma forma de execução pelo *não-estado*, a empresa privada ou a entidade assistencial sem fins lucrativos etc., mas complementando aquela parcela que cabe ao Estado. Em terceiro, e por fim, há as ações e serviços de saúde prestadas pela iniciativa privada, que são definidas como as ações assistenciais à saúde, assistência à saúde prestada em caráter suplementar. Neste plano temos tais prestações sendo executados a partir da iniciativa dos privados, em seu nome e no seu interesse (saúde suplementar).

Logo, neste prisma, o entendimento que parece ser o mais consentâneo com o contexto jurídico-constitucional vigente é no sentido dos serviços de saúde terem regimes jurídicos distintos: público, quando prestado pelo Estado (como serviço público, sob responsabilidade estatal direta), ou pelo particular a ele vinculado (como serviço delegado, sob a responsabilidade estatal indireta); ou privado, quando prestados pela iniciativa privada de forma autônoma (como atividade de prestação e responsabilidade privadas).

Ademais, não obstante entendimento contrário, “serviços de relevância pública” não constituem uma categoria de serviço, mas tão somente ressalta a importância de sua execução quando prestados pelo Estado e, se prestados pela iniciativa privada, a sua submissão ao controle e regulação pelo Estado.

Infere-se, então, uma relação de caráter público entre o cidadão usuário do serviço de saúde e o Estado, que tem a obrigação de prestá-lo. De outro modo, a relação que se forma entre o estabelecimento privado e o beneficiário da prestação do serviço de saúde é genuinamente privada, pois o serviço, neste caso, é prestado no contexto da exploração econômica, no qual o consumidor é quem opta por utilizar tais serviços com dispêndio de recursos financeiros para tanto.

Disso decorre que os serviços de saúde – além de serem serviços não-exclusivos, na classificação apresentada pelo Plano Diretor da Reforma do Estado, e, nesse sentido, também poderem ser protagonizados por setores não reservados ao Estado – quando pertencentes ao SUS, são serviços de titularidade estatal, ainda que prestados de forma complementar (art. 199, §1º, CF), por meio de vínculos com entes

privados, sob a responsabilidade estatal indireta.

Torna-se claro, aqui, que a prestação complementar dos serviços do SUS pela iniciativa privada em nada modifica o caráter público da prestação, uma vez que esta não atua em nome próprio, mas em nome do Estado, que a financia.

Neste sentido, assevera Marques Neto (2011, p. 62) que o fato de haver particulares que prestam os serviços em caráter complementar não descaracteriza o SUS como parte do sistema público de saúde. O que importa é que tais atividades e serviços sejam oferecidos (i) em nome do poder público; (ii) gratuitamente; (iii) em caráter universal e (iv) contínuo.

Deste modo, reflexionar neste sentido induz a aceitação de formas variadas de parceria entre o Poder Público e os particulares, na prestação de serviços sociais. Até porque, como o Estado não tem, efetivamente, condições de monopolizar a prestação direta, executiva, dos serviços de assistência social de interesse coletivo, o uso de parcerias se justifica, “como uma das respostas consequentes à crise do aparelho do Estado no âmbito da prestação dos serviços sociais” (MODESTO, 2011, p. 494).

Conclui-se, então, que a prestação de serviços de saúde será serviço público quando provida pelo Estado, ainda que de forma complementar, ao passo que, quando prestada por particulares em caráter de atividade econômica em sentido estrito, fora do âmbito público do serviço, funcionará na esfera mais ampla de liberdade, competindo ao Estado, tão somente, a regulação do setor. Em qualquer caso, deve ser assegurado o respeito aos princípios constitucionais, em especial o princípio da dignidade da pessoa humana.

3. A ESTRUTURA DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE NO ESTADO BRASILEIRO

A saúde pública passou por uma trajetória que vai desde as ações iniciais de combate à lepra e à peste e de controle sanitário, medidas de caráter repressivo, até o atual modelo de universalização na prestação dos serviços públicos de saúde, com ações preventivas e curativas em atendimento integral.

Com o reconhecimento do direito universal à saúde em sede constitucional, uma das maiores conquistas do movimento de Reforma Sanitária Brasileira, houve por bem construir um dispositivo institucional que abarcasse todas as ações e serviços de saúde. Assim foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema universal baseado na saúde como direito, na redistribuição da riqueza, financiado por toda a sociedade por meio de impostos e contribuições sociais, na contramão do sistema contributivo dos regimes anteriores.

A ideia de sistema único, ademais, importa em que os serviços e as ações de saúde, públicos ou privados, devem pautar-se e se desenvolver sob as mesmas políticas, diretrizes e comando. Ou seja, trata-se de um só sistema, que abrange e sujeita a uma direção única e, portanto, a um só planejamento para as ações e os serviços de saúde, ainda que seja compartilhado nos níveis nacional, regional, estadual e municipal (SARLET; FIGUEIREDO; 2013, p. 3209-3210).

Esta unidade conduz a uma interpretação de que a Constituição não faculta o ingresso do ente público no sistema, mas, pelo contrário, impõe que todos eles sejam membros dele. Com isso, a rede de serviços de cada um dos Estados e Municípios é obrigatoriamente integrante do SUS e deve se subsumir às suas regras.

De mais a mais, ressalta-se que, hoje, o Brasil é um dos poucos países que tem a ideia de saúde como direito de cidadania incorporada em sua Constituição, atribuindo ao Estado a responsabilidade pela organização de um sistema que garanta o acesso universal, integral e equitativo às ações e aos serviços de saúde (PAIM et al., 2011, p.1778-97).

Em comparação com o que se observava em países centrais com sistemas

universais, a exemplo do Reino Unido¹⁹, pode-se assegurar que o sistema de saúde brasileiro foi criado na oposição ao fluxo da história atual. Em um contexto de reforma do Estado e de política econômica restritiva, logo vê-se que a agenda da reforma sanitária brasileira foi construída na contracorrente das tendências hegemônicas de reforma dos Estados nos anos 80, bem como sua implementação nos anos 90 se dá em uma conjuntura bastante adversa (LEVCOVITZ, 2001, p. 270). Isto é o reflexo do seu compromisso com o Estado de Bem-Estar Social, individualizando-se no cenário do constitucionalismo internacional.

3.1. Organização do Sistema Único de Saúde e as diferentes modalidades de gestão

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído no artigo 198 da Constituição: “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único”. Tal sistema deve ser “descentralizado” e deve prover “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988).

Neste sentido o SUS constitui uma política pública cujo princípio fundamental é a consagração da saúde como direito universal. Para possibilitar tal desiderato foi sancionada a Lei nº 8.080/90, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, estabelecendo a estrutura e o modelo operacional do SUS, além de propor a sua forma de organização e de funcionamento.

Com efeito, o SUS é concebido como o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da Administração Direta e Indireta, podendo a iniciativa privada participar do SUS em caráter complementar. Além de ser responsável por definir, harmonizar, integrar e organizar as ações desenvolvidas por diversas instituições de direito público e privado

¹⁹ O Sistema Nacional de Saúde no Reino Unido, tal como concebido em 1946, com acesso integral e gratuito, permaneceu até o final da década de 80 com praticamente a mesma estrutura de gerenciamento baseada, sobretudo, nos conselhos regionais e autoridades distritais. Entretanto, este sistema mostrou-se insustentável por conta de um quadro de limitação do crescimento da despesa pública e da constatação de ineficiências no funcionamento da Administração Pública. Assim, em 1989 foi realizada a principal reforma no seu sistema nacional de saúde, com a implementação do modelo *Private Finance Initiative* (PFI) (Iniciativa para o Investimento Privado) efetivamente na década de 90. Neste modelo a entidade privada é responsável pela concepção, construção, financiamento, gestão e manutenção das infraestruturas logísticas, mas não pela prestação de cuidados de saúde, que se mantém sob a responsabilidade dos NHS (National Health Service) Trusts, permanecendo como o empregador do corpo clínico (SIMÕES, 2004, p. 237).

existentes no Brasil, como o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, as Agências Reguladoras, entre outras entidades estatais ou privadas que prestam serviços públicos de saúde (AITH, 2010, p. 85).

Segundo Abrucio e Costa (1998, p.115), a Constituição de 1988, ao propor um Sistema Único de Saúde (SUS) “procurou romper com a paradoxal situação da saúde pública que combinava centralização e burocratização no nível federal com descoordenação, clientelismo e desperdício nos âmbitos estadual e local”.

Imperioso notar que, não obstante ser único, o SUS segue a diretriz da descentralização, sendo constituído, para tanto, por uma rede regionalizada e hierarquizada, com direção única em cada esfera de governo. Além do mais, é o princípio da descentralização, juntamente com os princípios da regionalização e da subsidiariedade, que embasam as regras constitucionais de distribuição de competências no âmbito do SUS, bem como sua regulação normativa em nível infraconstitucional.

Assim, a responsabilidade pelas ações e pelos serviços de saúde cumpre precipuamente aos Municípios e aos Estados, em detrimento da União, que atua em caráter supletivo e subsidiário. Mas isso não exclui, por certo, a atuação direta do ente central em algumas situações, o que acontece exatamente em função da harmonização prática entre os princípios constitucionais da eficiência, da subsidiariedade e da integralidade do atendimento (SARLET; FIGUEIREDO; 2013, p. 3211).

Barroso (2009, p. 40-41) ainda acrescenta que as noções de subsidiariedade e municipalização as quais orientam a distribuição de competências promovida pela Constituição e pela Lei no 8.080/90 são decorrência lógica do princípio da descentralização administrativa.

A mencionada lei atribuiu à direção nacional do SUS a competência de “prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional” (art. 16, XIII), devendo “promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal” (art. 16, XV) (BRASIL, 1990).

Em seguimento, no que compete à direção estadual do SUS, cabe a esta promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde, de lhes prestar apoio técnico e financeiro, e de executar supletivamente ações e

serviços de saúde, assim determinado no art. 17 da Lei 8.080/90, restando, por fim, à direção municipal do SUS a tarefa de planejar, organizar, controlar, gerir e executar os serviços públicos de saúde (art. 18, I e III) (BRASIL, 1990).

Em caráter de complementariedade, a divisão de atribuições entre os entes federativos foi reforçada por meio de normas jurídicas infralegais pactuadas entre eles e editadas pelo Ministério da Saúde, dentre as quais destacam-se as Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB/91, NOB/93, NOB/96), as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS/2001 e NOAS/2002) e o Pacto pela Saúde de 2006.

Em suma, estas normas foram implementadas com o fim de induzir o processo de descentralização e municipalização da saúde, bem como de definir requisitos, responsabilidades, prerrogativas e o papel do gestor no âmbito do SUS em cada nível de governo, e reorganizar a prestação da assistência ambulatorial e hospitalar, entre outras finalidades.

Inclusive, para Abrucio e Costa (1998, p. 119-121) o caráter coordenado da descentralização da saúde pública deveu-se em boa medida “ao fato de que as normas operacionais foram geralmente aceitas como resultantes de um consenso mais ou menos amplo a respeito das metas a serem alcançadas por cada uma das unidades federativas e das condições mínimas de operação do sistema”.

De certo que a manutenção deste regime de municipalização do SUS exige o fiel cumprimento pela União e Estados da obrigação da “cooperação técnica e financeira”, fazendo jus a noção da solidariedade de todos os entes no trato com a saúde pública imposta pelo texto constitucional no seu art. 198, par. 2º e 3º (BRASIL, 1988).

Schwartz (2001, p. 108) bem assinala que a hierarquização determinada no texto constitucional, por sua vez, é termo técnico do setor sanitário, que indica a execução da assistência à saúde em níveis crescentes de complexidade. Deste modo, os serviços de saúde são organizados e distribuídos, partindo-se das ações de atenção básica, comuns a todos os Municípios, passando pela assistência de média e alta complexidade, já centralizadas em Municípios de maior porte, para alcançar então os serviços de grande especialização, disponíveis somente em alguns grandes centros do país.

Esclareça-se a este respeito que a noção de hierarquia no SUS, definindo patamares diferenciados na atenção à saúde, bem como na sua interrelação, e nos instrumentos necessários para sua prestação, teve como parâmetro o modelo definido

pelo Comitê de Direitos Humanos, através do Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, no General Comment N. 14, note 9 (2000, p. 18-19), que assim preconiza:

Na literatura e na prática sobre o direito à saúde, três níveis de atenção à saúde são frequentemente referidos: a atenção primária normalmente lida com doenças comuns e relativamente pequenas e é fornecida por profissionais de saúde e / ou médicos geralmente treinados que trabalham na comunidade a relativamente baixo custo; cuidados de saúde secundários são prestados em centros, geralmente hospitais, e lidam tipicamente com doenças menores ou sérias relativamente comuns que não podem ser geridas a nível da comunidade, utilizando médicos e profissionais de saúde especializados, equipamento especial e, por vezes, cuidados de doentes a um custo comparativamente mais elevado ; cuidados de saúde terciários são prestados em relativamente poucos centros, lidam tipicamente com um pequeno número de doenças menores ou graves que requerem profissionais de saúde com formação especializada e médicos e equipamento especial, e são frequentemente relativamente caros. Como as formas de atenção primária, secundária e terciária frequentemente se sobrepõem e freqüentemente interagem, o uso dessa tipologia nem sempre fornece critérios distintivos suficientes para ser útil para avaliar quais níveis de atenção à saúde os Estados devem fornecer e, portanto, tem uma assistência limitada em relação ao entendimento normativo do artigo 12²⁰.

Deflui-se que a divisão em três níveis de atenção foi adotada pelo sistema de saúde como forma de racionalizar o acesso aos serviços de saúde. A lógica subjacente a esta racionalização é econômica, permitindo a otimização da utilização de serviços, equipamentos e pessoal capacitado segundo as necessidades dos usuários e, conseqüentemente, o melhor rendimento possível com o menor custo financeiro e social. É também operacional, já que não fixa a tecnologia mínima necessária a ser incorporada em cada nível de atenção, utilizando como critério principal a prevalência dos eventos para a alocação nos níveis de atenção.

Prosseguindo, ter-se-á a integralidade de atendimento como outra diretriz a ser seguida pelo SUS, determinando que a cobertura oferecida por este sistema seja a mais ampla possível. Neste sentido foi a concepção do artigo 7º, inciso II, da Lei n.

²⁰ Tradução livre de: “ In the literature and practice concerning the right to health, three levels of health care are frequently referred to: primary health care typically deals with common and relatively minor illnesses and is provided by health professionals and/or generally trained doctors working within the community at relatively low cost; secondary health care is provided in centres, usually hospitals, and typically deals with relatively common minor or serious illnesses that cannot be managed at community level, using specialty-trained health professionals and doctors, special equipment and sometimes in-patient care at comparatively higher cost; tertiary health care is provided in relatively few centres, typically deals with small numbers of minor or serious illnesses requiring specialty-trained health professionals and doctors and special equipment, and is often relatively expensive. Since forms of primary, secondary and tertiary health care frequently overlap and often interact, the use of this typology does not always provide sufficient distinguishing criteria to be helpful for assessing which levels of health care States parties must provide, and is therefore of limited assistance in relation to the normative understanding of article 12.”

8.080/90, ao estabelecer a integralidade da assistência como “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990).

Nesta esteira, é exigido do Poder Público que todos os recursos, tratamentos e procedimentos componham um sistema integrado a fim de fornecer ao indivíduo condições necessárias de recuperação e de reestabelecimento de sua saúde física ou mental. Aith (2007, p. 357) acompanha este entendimento afirmando que a diretriz de atendimento integral obriga o Estado a fornecer todos os recursos, desde o atendimento ambulatorial até os transplantes mais complexos.

Finalmente, a Constituição assegura o controle social através da participação direta e indireta da comunidade como diretriz do SUS, permitindo que os próprios indivíduos interajam no processo de definição das políticas públicas de saúde, intervindo sobre a efetivação desse direito fundamental, além de exercerem o controle social sobre essas mesmas ações posteriormente. É neste ponto, através da democracia participativa, que os cidadãos podem garantir os seus direitos no âmbito da saúde (VASCONCELOS; PASCHE; 2006, p. 531-562).

Afigura-se, então, que essas diretrizes também funcionam como parâmetro para racionalização dos recursos públicos empregados nas demandas e nas medidas a serem adotadas na prestação dos serviços públicos de saúde pelo Sistema Único, de modo que todos os procedimentos por ele implementados hão de ser universais, integrais, regionalizados e hierarquizados.

Mas, apesar dos avanços obtidos com o SUS, não são poucos os problemas que se apresentam constantemente como desafios para a sua consolidação. Souza e Costa (2010, p. 515-516) elencam, dentre os quais, a qualificação da gestão e do controle social, as dificuldades no acesso às ações e serviços de saúde, a fragmentação das políticas e programas de saúde, a regionalização e hierarquização das ações e serviços de saúde, o reconhecimento da autonomia dos entes federados, entre outros.

Por sua vez, para Guilherme Alvarenga (2018, p. 74), os entraves mais graves identificáveis no SUS correspondem:

- i) ao federalismo centralizador do direito brasileiro em antinomia com a descentralização político-administrativa do SUS; ii) ao financiamento centralizado do direito social no governo federal; iii) ao reduzido gasto da verba pública destinada à promoção, proteção e recuperação da saúde, notadamente por parte da União Federal; e iv) à ausência de entendimento jurídico pacífico com relação à questão da solidariedade dos entes

federativos na prestação do direito e à repartição de competências para a sua veiculação equânime e integral.

Sem dúvida alguma, o SUS é um sistema complexo, mas sua formulação teórica, se efetivamente implementada na prática, com a superação das dificuldades, traz a possibilidade de uma atuação nacional coordenada e integrada dos serviços públicos de saúde, sendo alavanca, inclusive, para a redução das desigualdades regionais.

É evidente que o funcionamento adequado e a oferta suficiente dos serviços de saúde dependem de investimento público. Esse é um dos grandes desafios do Estado brasileiro e tem sido objeto de permanentes discussões, inclusive no âmbito legislativo. Mas não é apenas a questão do financiamento que desafia os serviços públicos de saúde no Brasil. Há também o problema do modelo de gestão²¹. O aumento no volume de recursos destinados à saúde é indispensável à melhoria dos serviços prestados, mas, sem uma gestão e organização adequadas, os recursos jamais serão suficientes.

Neste viés, ressalta-se o quanto é importante a organização da gestão da prestação do serviço público de saúde no SUS. Aith (2010, p.79) chega a afirmar que “a forma como o Estado organiza a gestão dos serviços públicos voltados à garantia dos direitos reconhecidos constitucionalmente configura-se, assim, como elemento estratégico de efetivação dos direitos humanos”.

Como direito fundamental social, o direito à saúde exige do Estado a organização de uma rede de serviços públicos de saúde eficazes para sua promoção, proteção e recuperação, devendo esta ser apta a oferecer os mais diversos serviços de saúde em seus múltiplos níveis de complexidade.

É sabido que a competência para a prestação de serviços públicos de saúde no Estado brasileiro é solidária entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios, que devem articular-se para dividir de forma harmônica e eficiente os serviços a serem

²¹ Convém destacar que utilizar-se-á no presente estudo tanto o termo “gestão” quanto o termo “gerência”, uma vez que ambos os termos são consagrados na teoria jurídica para nominar os formatos jurídico-administrativos que podem ser utilizados pelo Poder Público para assegurar a prestação de serviços de saúde à população. Tal esclarecimento se faz pertinente, tendo em vista que a NOB n. 01/96 atribuiu significados diversos para os termos referidos, considerando gerência como sendo a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação, entre outros), que se caracteriza como prestador de serviços do Sistema, enquanto a gestão, em sua referência, é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria.

prestados em todo o território nacional e em todos os níveis de complexidade. No entanto, cabe à União a definição das normas gerais orientadoras dos possíveis modelos jurídicos de gestão dos serviços públicos de serem utilizados pelos entes federativos.

A Constituição Federal trouxe previsão de que os entes federativos que compõem o SUS, para cumprir a obrigação constitucional de assegurar assistência em saúde à população, podem gerir, manter e prestar serviços de forma direta ou indireta, inclusive mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo seguida pela Lei 8.080/1990 - Lei Orgânica da Saúde -, a qual regulamentou a organização e o funcionamento das ações e serviços públicos de saúde no SUS (art. 4º) (BRASIL, 1990).

Logo nota-se que esta abertura constitucional concedeu ao Brasil a possibilidade de organizar diferentes modelos jurídicos de gestão de serviços públicos, articulando o sistema público com os serviços privados de saúde, a depender do ente federativo e das necessidades concretas de saúde da população.

Assim, atualmente é possível encontrar, no âmbito do SUS, serviços públicos de saúde organizados e prestados por meio de diferentes modelos jurídicos de gestão, por exemplo: serviços públicos de saúde prestados diretamente pela Administração Direta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios; serviços públicos de saúde prestados por instituições da Administração Indireta desses entes federativos (autarquias, fundações públicas, empresas públicas, sociedades de economia mista); e aqueles prestados por pessoas jurídicas de direito privado, conveniadas ou contratadas pelo SUS (como organizações sociais, organizações da sociedade civil de interesse público, associações civis sem fins lucrativos, entidades privadas com fins lucrativos), mas submetidos as diretrizes e princípios do SUS.

Um guia formulado pelo CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde - (2015, p. 09-11) expôs que o Administrador Público para decidir acerca do modelo de gerenciamento adequado à unidade pública de saúde deve primeiramente, antes mesmo de adentrar na legislação específica, conhecer o disposto no Decreto-Lei n. 200/1967²² e na Lei n. 4.320/1964²³, uma vez que constituem importantes

²² Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências (BRASIL, 1967).

²³ Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal (BRASIL, 1964).

marcos regulatórios para o setor de saúde.

Pois bem. Neste ponto, como referencial para análise comparada, apresentar-se-ão, sucintamente, os diferentes modelos de gestão disponíveis no arcabouço jurídico-institucional brasileiro, com destaque para os principais modelos existentes na administração pública direta e indireta, bem como as Organizações Sociais (OS) e as Organizações Sociais da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP).

No modelo de gerência de prestação direta a ação pública é executada por estrutura estatal criada por lei ou mediante autorização legal específica para sua atuação pública, ou seja, por um órgão da Administração Direta ou uma entidade descentralizada, integrante da administração indireta. Neste contexto, há sujeição aos princípios da administração pública, ao mesmo tempo que há o gozo de prerrogativas públicas.

Essas estruturas são integralmente previstas em lei. A lei cria, dá o âmbito de atuação, indica que o patrimônio, a governança, os recursos humanos, e, tudo está vocacionado para o alcance de objetivos públicos. Consequentemente, somente a lei, as extingue. Aqui estão inseridas as autarquias, as fundações, as empresas públicas, as empresas estatais.

Conforme Pinto et al. (2014, p. 237), a administração direta por meio de secretaria de saúde é a forma de gestão de serviços de saúde mais frequente e tradicional. A execução das atividades na área da saúde, neste caso, é garantida através dos recursos provenientes do fundo de saúde²⁴, o qual constitui, na seara da administração pública direta, “uma forma relativamente autônoma e desconcentrada de gerenciamento dos recursos”, sendo vinculado às secretarias de saúde e tendo o respectivo secretário de saúde como ordenador de despesas.

Todavia, este modelo de gerência é pouco apropriado para execução de serviços públicos, tendo em vista a ausência de personalidade jurídica própria, e, consequentemente, ausência da autonomia administrativa, financeira e orçamentária (IBAÑEZ; VECINA NETO, 2007, p.1836).

Já as autarquias²⁵, apesar de já apresentarem um *plus* quanto a administração

²⁴ Explica-se. Na área da saúde, as diferentes esferas de governo que integram o SUS estão obrigadas a aplicar percentual próprio de suas receitas, definidos em legislação específica, e gerir esses recursos por meio de seu respectivo fundo de saúde (PINTO et al., 2014, p. 237).

²⁵ O Decreto-Lei n. 200/1967, definiu autarquia como o “serviço autônomo, criado por lei, com personalidade jurídica, patrimônio e receita próprios, para executar atividades típicas da Administração Pública, que requeiram, para seu melhor funcionamento, gestão administrativa e financeira descentralizada” (art. 5, I) (BRASIL, 1967).

direta, como autonomia administrativa, financeira e patrimonial, continuam a integrar a administração pública, e como tal, estão sujeitas aos princípios e regras do serviço público (concurso público, estabilidade, regime jurídico único, plano de cargos, carreiras e salários, lei de licitações, etc.). Como exemplo na área de saúde, Ibañez e Vecina Neto (2007, p. 1837) citam o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP²⁶.

As fundações públicas²⁷, patrimônios nos quais se atribui uma personalidade jurídica com determinada finalidade social, quando estruturadas sob o manto do direito privado, ou seja, fundações estatais, são apontadas por alguns especialistas e gestores do SUS como o melhor instrumento jurídico entre os que estão disponíveis nos marcos da administração pública. Possuem autonomia gerencial, orçamentária e financeira, patrimônio próprio e receitas próprias, mas submetidos à gestão dos órgãos de direção, conforme dispuser o seu estatuto.

Pinto et al (2014, p. 239) enxergam a fundação estatal como “um modelo de gestão almejado para toda a administração pública, em proveito do interesse público”, principalmente quando se trata de administrar serviços de natureza tão complexa como os de saúde, que exigem “a garantia do princípio da autonomia como padrão de desenho organizacional em contrapartida à responsabilidade de alcançar resultados”. E, ainda exemplificam com a experiência da Fundação Estatal Saúde da Família, implantada por dezenas de municípios do Estado da Bahia.

Dentro da administração indireta ainda podem ser vistos os consórcios. Estes nada mais são do que parcerias formadas por dois ou mais entes da Federação para a realização de objetivos de interesse comum, regidos pela Lei Federal 11.107 de 2005. No âmbito da saúde, podem viabilizar a gestão pública nos espaços metropolitanos, onde políticas e ações conjuntas são fundamentais para solução de

²⁶ O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP - HCFMUSP é uma autarquia estadual vinculada à Secretaria de Estado da Saúde para fins de coordenação administrativa e associada à Faculdade de Medicina da USP para fins de ensino, pesquisa e prestação de ações e serviços de saúde de alta complexidade destinados à comunidade (USP, 2018).

²⁷ Esclarece-se, aqui, que há duas categorias de fundações públicas: as públicas de direito privado, instituídas na forma prevista no Decreto-Lei n. 200/67 e no art. 37, inciso XIX da Constituição; e a pública de direito público, dotada do mesmo estatuto jurídico da autarquia. O art. 5º do Decreto define fundação como “a entidade dotada de personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, criada em virtude de autorização legislativa, para o desenvolvimento de atividades que não exijam execução por órgãos ou entidades de direito público, com autonomia administrativa, patrimônio próprio gerido pelos respectivos órgãos de direção, e funcionamento custeado por recursos da União e de outras fontes” (BRASIL, 1967).

problemas comuns, bem como possibilitam pequenos municípios atuarem em parcerias, com ganho de escala, e, conseqüentemente, melhoras na capacidade técnica, gerencial e financeira. Mas, não se eximem de pontos negativos, conforme aduzem Pinto et al. (2014, p. 239): “são extremamente vulneráveis à dinâmica política, dependendo da articulação dos agentes públicos que o promovem, sem a garantia de continuidade pelos sucessores.

É imperioso notar, contudo, que a administração direta/indireta não contempla todas as possibilidades e a atuação pública também pode ocorrer por meio da celebração de contrato ou outro tipo de ajuste com particulares, a fim de viabilizar a prestação de serviços de saúde aos cidadãos. Neste caso, o Poder Público atua indiretamente, cabendo a gerência dos serviços ao contratado ou conveniado, e à Administração apenas o gerenciamento dos resultados esperados e previstos.

Verifica-se, contudo, a atuação indireta quando a aquisição de serviços, produtos de terceiros ou a atuação cooperativa com particulares mostrar-se mais adequada, eficaz ou eficiente para o interesse público, mediante justificativa que demonstre a supremacia dessa opção em detrimento da atuação direta.

De qualquer modo, não há descentralização de competências públicas e nem delegação de poderes para o particular. Em não havendo lei, como nos modelos de atuação direta, o instrumento que formaliza o vínculo entre o Poder Público e o ente privado deve contemplar as obrigações, responsabilidades, resultados esperados, valores a serem transferidos, etc. Nesse entendimento estão inseridas as Organizações Sociais (OS); as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP); entre outros. Estas entidades serão estudadas nos tópicos posteriores.

Para Nilson Costa (2011, p. 97) um “mosaico de arranjos organizacionais” começou então a ser adotado no setor de saúde brasileiro nas décadas de 1990 e 2000, nas três esferas de governo, indicando uma grande difusão de mecanismos de governança de mercado e híbridos entre este e o modelo hierarquizado, que podem ser vistos em resumo no quadro a seguir.

Quadro 1 – Estrutura organizacional dos entes públicos no setor saúde no Brasil – anos 90

Natureza Organizacional	Governança	Esfera Legal
Administração direta	Burocrática	Direito Público
Fundação pública	Burocrática	Direito Público

Fundação privada	Híbrida*	Direito Privado
Autarquia	Burocrática	Direito Público
Empresa pública	Mercado	Direito Público
Empresa de capital misto	Mercado	Direito Privado
Organização social (OSS)	Híbrida*	Direito Público e Privado
Cooperativa	Híbrida*	Direito Privado
Organização não governamental (ONG)	Mercado	Direito Privado
Associação profissional	Híbrida*	Direito Privado

* entre as formas de mercado e burocrática.

Fonte: COSTA; RIBEIRO, 2005.

Segundo Beatrice Maria Pedroso da Silva (2007, p. 210) “certo é que a operacionalização das diretrizes constitucionais e legais de descentralização para a organização e gestão do sistema público de saúde produziu – e vem produzindo – significativas alterações na conformação institucional da ação estatal”.

E segue destacando que a descentralização²⁸ do sistema público de saúde no Brasil continua em processo de consolidação, mas, hoje mais direcionada à realização do trespasse da gestão de serviços de saúde executados pelo Poder Público para o setor privado, em que pese a diretriz constitucional se referir apenas à redistribuição das responsabilidades relativas às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo (SILVA, 2007, p. 211).

Neste contexto, convém relembrar que o processo de reforma do aparelho do

²⁸Diogo de Figueiredo Moreira Neto (2014, p. 416-417) é elucidativo ao discorrer que “a descentralização por delegação resulta do cometimento aos particulares de determinadas funções de execução da administração pública, desde que não estejam reservadas ao Poder Público”. Nesta seara, a delegação poderá caracterizar todas as modalidades privadas da chamada execução indireta da administração pública, desde que instituída sempre por um instrumento jurídico, que poderá ser a própria lei (no caso das paraestatais, dos serviços sociais autônomos e de delegatários legais atípicos, como os conselhos profissionais), o contrato (no caso dos concessionários e dos delegatários por outras firmas contratuais), o ato administrativo complexo (como no caso dos consórcios, dos convênios, dos acordos de programa e de outros pactos não contratuais) ou o simples ato administrativo (como no caso de alguns permissionários, dos autorizatários, em geral, ou dos delegatários por outras modalidades unilaterais atípicas).

Estado brasileiro, orientado para reduzir custos e tornar a Administração Pública mais flexível e eficiente, contribuiu, amplamente, para o surgimento de novos modelos de gestão aplicáveis em saúde.

Nota-se, atualmente, uma tendência da maioria dos países ocidentais convergirem para a redução das formas diretas de intervenção do Estado na prestação dos serviços de saúde, objetivando-se, com isso, a separação das funções de prestação direta dos serviços de saúde e de financiamento, até pouco tempo atrás muito interpenetradas em sistemas públicos de saúde, assim como o brasileiro (SILVA, 2007, p. 210).

Na mesma direção, a experiência nacional tem demonstrado certo esgotamento dos modelos baseados na administração direta e em algumas modalidades da administração indireta, tendo em vista a rigidez no regime administrativo, especialmente quanto a gestão orçamentária, de pessoas e de compras, quando se trata da administração de instituições complexas, como hospitais de médio e grande porte (PINTO et al., 2014, p. 235), cenário da presente pesquisa.

Desde a implementação do SUS até então, verificam-se dificuldades de prover o funcionamento regular dos estabelecimentos de saúde. As amarras gerenciais e as características peculiares de trabalho em saúde, tanto no que diz respeito a formação altamente especializada exigida para os profissionais de saúde como às características do mercado de trabalho têm gerado situações que dificultam o funcionamento dos serviços de saúde (PINTO, et al., 2014, p. 237).

Nesta linha, o próprio TCU, no recente Acórdão 1193/2006 – Plenário, “reconheceu que o imobilismo e as amarras da administração pública *empurraram* o gestor público para aliar-se a mecanismos externos ao Estado para viabilizar-se”, já que “na maioria das vezes, infelizmente, somente as entidades e órgãos públicos que atuaram com entidades paralelas conseguiram manter qualidade nesses serviços” (IBAÑEZ; VECINA NETO, 2007, p. 1834).

E com os serviços hospitalares, de incumbência dos órgãos e entidades que compõem o SUS, não seria diferente. Ibañez e Vecina Neto (2007, p. 1832), inclusive, dizem ser, hoje, um dos grandes desafios da gestão pública “a capacitação profissional para gerir a complexidade de um sistema hospitalar fortemente marcado pela inovação tecnológica e práticas empreendedoras”.

Com o mesmo entendimento, o CONASS (2009, p. 31- 40) pontuou que a falta de inovações possíveis na administração direta e da profissionalização da

administração hospitalar tem contribuído de modo significativo para os fracos resultados obtidos com esse modelo gerencial. Além disso, destacou dentre os problemas existentes nas unidades públicas de saúde, no que diz respeito à sua gerência:

- Dificuldades de contratação, principalmente para incorporar e/ou repor recursos humanos com agilidade, considerando as especificidades da área da Saúde Pública, como, por exemplo, para serviços de urgência/emergência.
- Dificuldades de incorporar recursos humanos de acordo com a quantidade e a necessidade dos serviços e o perfil da clientela atendida.
- Dificuldades na reposição do estoque de insumos diversos e de manutenção de equipamentos de saúde.
- Deficiência no gerenciamento das unidades públicas que dificulta a adoção de mecanismos eficientes e resolutivos que qualifiquem o cuidado e permitam o monitoramento e a avaliação dos resultados.
- Problemas no financiamento das unidades em decorrência da forma atual de remuneração por produção de serviços.
- Elevado custo de manutenção.
- Falta de racionalização interna que provoca desperdícios notadamente na área logística de insumos.
- Dificuldade de aplicar nas rotinas das unidades de saúde as políticas de ciência e tecnologia e de economia à saúde (avaliação de novas tecnologias e de medicamentos).
- Baixa produtividade.
- Dificuldade de investimentos em equipamentos médico-hospitalares e de informática.
- Desmotivação dos trabalhadores devido à inexistência de mecanismos de gerência na administração direta que estimulem maior produtividade, qualidade e eficiência.
- Problemas com o registro da produção de serviços, que em geral é inferior ao realizado, em virtude de uma cultura institucional que não valoriza esse processo administrativo em unidades públicas.
- Falta de flexibilidade administrativa, especialmente em relação à gestão orçamentária/financeira, de recursos humanos e processo de compras.
- Dificuldades na aplicação de uma política salarial diferenciada e flexível para profissionais em diferentes áreas de especialização.

Chama-se atenção, ademais, para as economias que se podem realizar com uma boa gestão da política social. A importância dada ao planejamento e formulação de estratégias deve ser a mesma dada a etapa da implementação, pois a

política pode estar corretíssima, mas se não for bem administrada pode se tornar muito ineficiente (muito cara em relação ao serviço prestado), seja porque grande parte dos recursos alocados para aquela política são gastos com a própria burocracia e seus controles, seja porque, apesar dos controles, a corrupção, ou, mais amplamente, a captura do patrimônio público por interesse privados não é superada. E, além de ineficiente, torna-se inefetiva porque, como os recursos são limitados, o número de cidadãos atendidos com qualidade acaba sendo muito menos do que poderia se uma administração gerencial competente estivesse sendo aplicada. (BRESSER-PEREIRA, 2011, p. 251-252).

Logo, encontra-se razão para a busca por mais alterações nos modelos de

gestão dos serviços de saúde inspirados na cultura das empresas privadas e de sua gestão, com o objetivo de diminuir a rigidez no controle centralizado nos processos licitatórios, bem como aumentar a agilidade e a regularidade no funcionamento dos serviços de saúde, reavivando-se os ideais firmados na reforma do Estado implantada na década de 90.

3.2. Custeio do Sistema Único de Saúde (SUS)

Afigura-se, pois, que o Brasil possui um sistema de saúde pluralista, tanto em termos institucionais quanto de fontes de financiamento e de modalidades de atenção à saúde. Essa pluralidade se expressa em quatro vias básicas de acesso da população aos serviços de saúde: (i) o Sistema Único de Saúde (SUS); (ii) o segmento de planos e seguros privados de saúde; (iii) o segmento de atenção aos servidores públicos, civis e militares e seus dependentes; e (iv) o segmento de provedores privados autônomos de saúde (RIBEIRO *et al*, 2005).

O fato de o Estado brasileiro ter introduzido em sua Constituição a universalização da saúde, assumindo a responsabilidade de garantir o direito a todos os cidadãos, implicou diretamente na necessidade de ampliar substancialmente a alocação de recursos financeiros, impelindo o legislador a ter de prever fonte de receita para a área da saúde.

A saúde, que antes era financiada com recursos do orçamento do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) e do orçamento fiscal, passaria a ser financiada por toda a sociedade de forma direta e indireta, mediante recursos provenientes dos orçamentos da seguridade social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e de contribuições sociais previstas no art.195 da Carta Magna, bem como da receita de determinados impostos entre outras fontes.

E mais, como a União é quem detém com exclusividade a competência tributária para instituir e arrecadar as contribuições da seguridade social, logo vê-se que o financiamento do SUS é marcadamente federal. Deve se ter em mente, no entanto, que não há perda da respectiva natureza federal mesmo quando os recursos obtidos dessa fonte forem transferidos para estados e municípios, já que a execução das ações e serviços públicos de saúde é descentralizada, mas dependente de repasses financeiros para tanto.

Inclusive, Piola *et al*. (2013, p. 26) informam que, nos primeiros anos após a

promulgação da Constituição em 1988, houve estimativa de que a maior parte dos recursos públicos destinados para o SUS estava concentrada no nível federal, não obstante houvesse determinação de que parte das receitas de estados e municípios fossem aplicadas na saúde (PIOLA *et al*, 2013, p. 26).

Dentre as diversas tentativas de vinculação de recursos para a saúde, a que se solidificou foi a Emenda Constitucional 29 (EC 29), promulgada no ano 2000, garantindo o financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde pelas três esferas de governo, a partir da definição de um aporte anual mínimo de recursos.

A referida emenda trouxe normas mais rígidas para o financiamento e controle dos gastos nas ações e serviços públicos de saúde (ASPS) com relação aos entes subnacionais. Em resumo, os estados e o Distrito Federal deveriam aplicar, no mínimo, 12% da receita vinculada; ao passo que os municípios deveriam aplicar 15%, com o percentual mínimo a ser aplicado de 7% para esses entes da federação no primeiro ano de vigência da EC 29. No tocante a União, os recursos a serem aplicados em 2000 corresponderiam ao montante empenhado no exercício de 1999 acrescido de, no mínimo, 5%. A partir daí, o valor mínimo seria apurado no ano anterior e corrigido pela variação nominal do PIB (Produto Interno Bruto), regra esta que permaneceu inalterada com a regulamentação da EC 29 pela Lei Complementar (LC) 141/2012 (PIOLA *et al.*, 2013, p.27-28).

Como se pôde observar através de dados do Sistema de Informações e Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS), a implantação da EC 29 provocou impactos diferenciados em cada ente da Federação. Enquanto a participação da União no financiamento público da saúde sofria uma significativa redução, de aproximadamente 60%, em 2000, para 45%, em 2011, houve um aumento nesse mesmo período no financiamento, tanto na participação dos estados, que passou de 18,5% para 25,7%, como dos municípios, os quais saíram de 21,7% para 29,6% (PIOLA *et al.*, 2013, p. 28-29).

Neste sentido, um grande exemplo retratado por Piola *et al.* (2013, p. 50), e de utilidade para este estudo, diz respeito a gestão do financiamento de programas de atenção hospitalar e ambulatorial, que anteriormente contabilizava uma grande participação do gestor nacional, tendo se deslocado para as esferas estadual e municipal.

De todo modo, o mais curioso, por assim dizer, é a constatação de que o valor despendido pelo governo brasileiro para o setor acha-se bem abaixo do numerário

gasto por países que adotam o mesmo modelo de acesso igualitário e universal, como o Reino Unido. Estudo baseado nos anos 1997, 2001 e 2005 verificou que 37% do total de gastos do Brasil foram para o refinanciamento da dívida pública, enquanto o Reino Unido gastou, em média, 7% com o serviço da dívida. A saúde pública representou 15% dos gastos naquele país, enquanto no Brasil, o gasto com o setor foi de apenas 3,9% do total (BRASIL, 2013c, p. 13).

Assim sendo, há de se perceber que uma das possíveis consequências do reduzido gasto em saúde pelo Brasil em comparação a países que adotam modelo de sistema de saúde idêntico é a baixa despesa da União Federal com as ASPS.

Mas, não se pode culpar apenas o ente federal pelo reduzido investimento de verba nas ações e serviços públicos de saúde e desvios ocorridos na aplicação dos recursos ao SUS. A equipe do SIOPS, ao analisar o balanço dos estados no ano de 2008, indicou que apenas 13 (treze) estados teriam aplicado o mínimo de 12% de sua receita vinculada em saúde conforme estabelecido pela EC nº 29/2000 (FIOCRUZ, 2012, p. 180).

De acordo com este estudo, os estados teriam destinado, em média, 10,8% de sua receita vinculada para a saúde. Esses vazamentos permitiram, segundo estimativas, que cerca de R\$ 16,0 bilhões deixassem de ser aplicados no SUS apenas pelos estados no período entre 2004 e 2008 (FIOCRUZ, 2012, p. 181).

Daí a prática comprovar que, muito embora a EC 29/2000 estabeleça e a LC nº 141/2012 reforce que os limites de aplicação na área da saúde são os valores mínimos, o piso se transformou em “teto”, tendo os entes se acomodado naquele percentual mínimo (BRASIL, 2013, p. 60), o que leva a refletir se se deve alterar o modelo gratuito existente no país, ou sua base de financiamento, ou ambos.

Não é demasiado salientar, neste ponto, que a redução dos valores alocados pelo governo federal para custear as ASPS piorou ainda mais com o advento da EC 86/2015, pois seu texto passou a definir a aplicação mínima da União com base em um percentual de receita corrente líquida (RCL), com subpisos progressivos até 15% em 2020.

Para Élidea Pinto e Sarlet (2015), “além da redução drástica da equação de financiamento, o novo arranjo constitucional inscrito no artigo 198, parágrafos 2º e 3º, incide fundamentalmente no horizonte de progressividade ou estagnação que se está a fixar para o avanço do SUS” no país.

Isto configura um claro “conflito distributivo entre direitos sociais e política

econômica que segue fora do juízo de conformidade constitucional”, em vista da ausência de limites para as dívidas consolidada e mobiliária federais e da cobertura proporcionada pela desvinculação de receitas da União (DRU). Deste modo, o novo regramento introduzido pela EC 86/2015 mantém a ideia de que “o que deveria ser o piso em verdade sempre funcionou primordialmente como teto” (PINTO; SARLET; 2015).

Nesse contexto, segundo Barros, Piola e Roa (2016, p. 101-108), o Brasil, inclusive, é o único país que dispõe de sistema universal em que o gasto público é menor que o gasto privado. Para os autores, isto se dá devido a diminuição do aporte federal de recursos para o SUS, a partir de 2016, com a aprovação da Emenda Constitucional n. 86; os cortes orçamentários decorrentes de ajuste fiscal; a ampliação da desvinculação das receitas da União (DRU) de 20% para 30% do Orçamento da Seguridade Social; e a redução do ritmo de implantação de programas em razão de restrição orçamentária. São, para eles, alguns exemplos de medidas que fragilizaram o SUS ao acentuar a crise do financiamento da saúde pública brasileira.

De outro lado, nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, os quais já investem parcela considerável do seu PIB no setor da saúde, “as atenções estão cada vez mais voltadas para a eficiência, efetividade e equidade nos gastos, uma vez que maior nível de dispêndios é condição insuficiente para alcançar melhores condições de saúde” (PIOLA *et al*, 2013, p.19). Mas isto não tem resolvido, por si só, as iniquidades no acesso aos serviços.

A situação do Brasil atual, inclusive, atrai uma preocupação maior em prover o acesso aos serviços de saúde, de forma igualitária, a toda população, já que é insofismável a sua insuficiência de recursos financeiros. Afigura-se, pois, uma necessidade de buscar formas de suprir o financiamento setorial em concorrência com outras exigências de desenvolvimento social e econômico.

Deste modo, hoje, a preocupação com a eficiência, a efetividade e o volume dos gastos com a saúde pública podem ser vistas como objetivos para o aperfeiçoamento dos sistemas de financiamento do setor da saúde. Daí a necessidade de uma reconfiguração na qualidade do gasto, com sua consequente melhoria da capacidade e da eficiência da gestão, já que o aumento dos recursos públicos alocados no sistema público de saúde, em um momento crítico de crise político-econômica atual, depende de uma “repolitização” da saúde pública no país.

Diante das dificuldades alicerçadas no contexto da atual crise política e

econômica, o Brasil, em 2016, foi submetido mais uma vez a um “pacto” de austeridade, com uma política de longo prazo fundada na redução dos gastos públicos e do papel do Estado em suas funções de indutor do crescimento econômico e promotor do bem-estar social.

Assim foi promulgada a Emenda à Constituição n. 95/2016 (antiga PEC n. 55/2016 e 241/2016), instituindo a política do “Novo Regime Fiscal” no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, com duração de 20 (vinte) exercícios financeiros, definindo tetos de gastos públicos, inclusive para as ações e serviços de saúde.

De acordo com esta nova regra, as aplicações mínimas em ações e serviços públicos de saúde equivalerão, no exercício de 2017, às aplicações mínimas calculadas nos termos do inciso I do § 2º do art. 198 da Constituição Federal, enquanto nos exercícios posteriores, aos valores calculados para as aplicações mínimas do exercício imediatamente anterior, corrigidos na forma estabelecida pelo inciso II do § 1º do art. 107 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT).

Ou seja, o gasto primário do governo federal fica limitado por um teto definido pelo montante gasto no ano anterior reajustados pela inflação acumulada, medida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

De mais a mais, além da redução orçamentária, está suspensa, pelos próximos vinte anos, a eficácia do inciso I do § 2º do art. 198, o qual estabelece pisos mínimos de gastos pela União com a saúde, o que, consequentemente, provoca a desvinculação de receitas para investimentos nesta seara.

Assim, o novo regime fiscal implica em um congelamento real das despesas do Governo Federal, que pressupõe uma redução do gasto público relativamente ao PIB e ao número de habitantes (considerando o crescimento da população ao longo dos anos), o que leva a crer em um retrocesso social e em um estado contrário à Constituição.

Explica-se. Em uma hipótese geral, ao considerar uma taxa média de crescimento do PIB de 2,0% ao ano, a perda de recursos para financiamento das ASPS com a EC 95 foi estimada em R\$ 415 bilhões em 20 anos, quando comparada com os recursos que seriam alocados pelo governo federal a partir da aplicação da regra fixada na EC 86, sendo R\$ 69 bilhões nos primeiros 10 anos e R\$ 347 bilhões nos 10 anos seguintes, entre 2027 e 2036 (VIEIRA; BENEVIDES; 2016).

Segundo Elida Pinto (2016), com base nos princípios da vedação de retrocesso

e vedação de proteção insuficiente, o estabelecimento de nova metodologia de cálculo dos deveres de gasto mínimo em saúde somente se justifica “se ela for uma solução alternativa para melhor proteger a prioridade fiscal de que se revestem. Jamais seria admissível esvaziar-lhes a rota de progressividade, despregando-os do nível da riqueza do país e da arrecadação estatal”.

Verdade seja, este novo regime não admite o crescimento de despesas totais e reais da inflação; desta forma, ainda que a economia esteja bem, só haverá investimentos em uma determinada área quando houver cortes nas outras, o que, conforme Cynara Mariano (2017, p. 260-261), “poderá levar ao sucateamento das políticas sociais, especialmente nas áreas da saúde e educação, pondo em risco por completo a qualidade de vida da população brasileira”.

Mariano (2017, p. 262) ainda vai além ao externar que a Emenda é uma “antidemocracia econômica”, uma vez que inviabiliza a manutenção e a expansão das políticas públicas, enquanto reserva dinheiro público para garantir o pagamento dos credores da dívida pública, e exclui do teto das despesas o aumento de capital de empresas estatais não dependentes, com o propósito de comprar créditos dos Estados e Municípios por meio da emissão de debêntures subordinada, o que contribuirá ainda mais para o endividamento do Estado brasileiro.

Sob o argumento de violação dos direitos sociais perpetrada pela emenda do teto dos gastos públicos e seu retrocesso social, já foram ajuizadas ao menos sete ADIs no STF (5.633; 5.643; 5.655; 5.658; 5.680; 5.715 e 5.734), de relatoria da ministra Rosa Weber, com alegações de vícios materiais e formais de inconstitucionalidade, por não ter sido observado as regras do art. 60, parágrafos 2º e 4º, da Constituição, não havendo sido proferida liminar alguma até o presente momento.

Por outro lado, não obstante as inúmeras críticas proferidas a esta EC 95, seus defensores argumentam que “a forte redução do gasto público será compensada pelo aumento do gasto privado e que a partir daí o País entrará em uma rota de crescimento na qual a demanda agregada será garantida pelo setor privado”. Sustentam, inclusive, que “essa é a única salvação para a economia brasileira, e que um cenário alternativo, sem a EC 95, seria catastrófico” (VIEIRA; BENEVIDES; 2016).

Para além destas expectativas, Vieira e Benevides (2016) vislumbram que o que ocorre é uma reforma do Estado de maneira implícita, já que com a EC 95 e a retomada do crescimento econômico, o resultado será a redução do gasto público

com políticas relevantes em relação ao PIB, o que significa menor esforço do Estado para garantia dos direitos sociais, entre eles, o direito à saúde.

De um modo ou de outro, vê-se que as perspectivas para o financiamento do SUS e para a garantia do direito à saúde no Brasil sofrerão profundos impactos. O que antes já era considerado como uma trajetória de baixa priorização da saúde nos orçamentos anuais e no processo de execução orçamentária, padecerá com o congelamento do gasto primário federal por 20 anos.

Mas, longe de ignorar as críticas e as defesas suscitadas, o que foi imposto pelo governo não há mais o que discutir. Para conviver com esta austeridade, que foi implantada por um prazo tão dilatado, é preciso pensar em soluções voltadas para a eficiência, efetividade e equidade na qualidade dos gastos, como assim já fazem os países desenvolvidos. É o que se tentará proporcionar no campo da gestão e financiamento de programas de atenção hospitalar na saúde pública através deste estudo.

Não se pode olvidar, como bem assevera André Medici (2011, p. 70), que “melhorar a eficiência na gestão dos serviços públicos demandaria uma economia política complexa que passaria por maior controle e fiscalização dos atores envolvidos na produção de serviços públicos, principalmente funcionários públicos estáveis”. De todo modo, ainda assim, focar na eficiência apresenta vantagens ao sistema público de saúde hospitalar.

3.3. A gestão privada dos serviços públicos de saúde

A década de 90 foi marcada pelo intenso movimento desenvolvido pelo governo com o objetivo de envolver o setor privado na prestação de serviços públicos. Num contexto de generalizada crítica da gestão pública, acusados de ineficiência e de falta de qualidade nas prestações dos seus serviços, em especial na área da saúde, a entrega ao setor privado constituía um desafio estimulante, sobretudo no Brasil.

Entre a comunidade jurídica a “eficiência” foi uma das mais festejadas mudanças, incluída na Constituição Federal através da Emenda n. 19/1998 como um dos princípios clássicos da Administração Pública. E, logo, serviu de guia para uma tendência convergente de orientação nas modificações da gestão na área da saúde.

Foi então que, partindo-se da premissa de que o setor público não estatal é mais eficiente e oferece serviços de qualidade devido à maior flexibilidade de gestão

típica das entidades de direito privado, os projetos de parceria entre o setor público e o privado assumiram um papel de grande projeção no contexto nacional, de fato.

3.3.1. O modelo de gestão pública validado pela Emenda Constitucional n. 19/98 e seu destaque no princípio da “eficiência”

Em que pese o Decreto-lei n. 200, editado por ocasião da reforma ocorrida em 1967²⁹, ter sido o embrião da reforma gerencial, quando houve a tentativa de superação dos princípios centralizadores e hierárquicos da burocracia clássica por uma administração gerencial com ênfase na descentralização administrativa, como bem dispôs Poltronieri (2005, p. 16-17), ela só veio ingressar no ordenamento jurídico na vigência da Constituição de 1988.

E assim foi feito, principalmente, em vista da consagração do Estado brasileiro como Estado Democrático de Direito, que trouxe a soberania, a cidadania, a dignidade da pessoa humana, os valores sociais do trabalho e da livre-iniciativa e o pluralismo político como fundamentos deste Estado (BRASIL, 1988), garantindo diversos direitos sociais que dependem de uma atuação forte e eficiente do Estado.

Relembra-se, então, que muitas destas garantias são materializadas através dos serviços públicos, em especial aquelas que dizem respeito aos direitos sociais, como a saúde por exemplo. Além do que, são de responsabilidade da Administração Pública de todas as esferas da federação, a partir de um processo minucioso de repartição de competências que tem por base o desenvolvimento do país, visando ao respeito à dignidade da pessoa humana, através da estipulação de um mínimo existencial, e indo além das liberdades individuais consagradas pelo Estado Liberal.

Vislumbrando uma forma de efetivar as garantias previstas, a Constituição adotou o modelo burocrático, baseado numa Administração Pública centralizada, rígida e hierárquica, priorizando a Administração direta em desfavor da indireta, na contramão das teorias que já vinham sendo difundidas em países de centro, a exemplo do gerencialismo (BRESSER-PEREIRA, 2011, p. 174).

Não demorou para que os governos da década de noventa apresentassem as críticas ao modelo adotado, sob o argumento de que a ineficiência estatal era

²⁹ Bresser-Pereira (2011, p. 167) pontifica que a reforma de 1967, ocorrida no Brasil por meio do Decreto-lei n. 200, procurou substituir a administração pública burocrática por uma “administração para o desenvolvimento”.

decorrente do regime jurídico único para todos os servidores civis da Administração direta, autárquica e fundacional, independentemente da sua função; da estabilidade sólida, sem levar em consideração a função, transformando-se em instrumento de defesa dos servidores públicos, mas não do Estado; dos concursos públicos mais rígidos, impedindo novas vagas para funcionários já existentes; e das novas regras estendidas a toda a Administração, anulando a autonomia das autarquias e fundações públicas (BRESSER-PEREIRA, 2011, p. 175-176).

Por outro lado, esta Constituição também manteve diversas regras de cunho patrimonialista, consolidando e/ou criando privilégios para os servidores públicos, como o sistema de aposentadoria com remuneração integral, sem levar em consideração o tempo de serviço prestado; acumulação de aposentadorias; a transformação de empregados celetistas em funcionários estatutários sem concurso público (BRESSER-PEREIRA, 2011, p. 176); a flexibilidade para o preenchimento de cargos comissionados, além de diversas prerrogativas para os integrantes das cúpulas dos Poderes.

Neste contexto, diante destas características da Constituição de 1988, somadas às pressões econômicas externas e sob o discurso da crise fiscal e ineficiência da máquina administrativa, foi externalizada a necessidade de reconstruir o Estado, com uma administração mais eficiente e orientada para o atendimento dos cidadãos. Então, deu-se início ao processo de reformulação da estrutura da Administração Pública brasileira, sob o manto da já delineada reforma gerencial.

Esta reforma gerencial da administração pública, segundo Bresser-Pereira (2011, p. 95), se baseia em uma ideia de Estado e do seu papel, procurando definir quais são as atividades que o Estado deve realizar diretamente, bem como quais as atividades que devem ser financiadas e promovidas por ele, e, por fim, quais as atividades que não lhe competem.

Em decorrência deste ideal político de “reforma do Estado” e da implementação da chamada “administração gerencial” como forma de superar a crise do Estado, o princípio da eficiência aplicado à Administração Pública ganhou maior destaque, e assim, foi elevado a matriz constitucional (MONTEIRO, 2006, p. 352).

Deixa-se claro que não se tratará neste momento da reformulação do Estado e da Administração Pública em si, matéria já vista no capítulo anterior. O que se

pretende analisar é o discurso da “eficiência”³⁰ na gestão e no método de fornecimento de bens e serviços à população, incluída com a Emenda Constitucional n. 19/1998 como um dos princípios clássicos da Administração Pública.

Com previsão no caput do art. 37 da Carta Magna de que a atividade administrativa deve ser “exercida com presteza, perfeição e rendimento funcional”, Hely Lopes Meirelles (2016, p. 105) considera a eficiência como o mais moderno princípio da função administrativa, pois não basta que se busque a legalidade, devem-se exigir resultados positivos para o serviço público e satisfatórios no atendimento das necessidades da comunidade.

Já para Celso Antônio Bandeira de Mello (2013, p. 125), o princípio da eficiência não pode ser concedido a não ser na intimidade do princípio da legalidade, “pois jamais uma suposta busca de eficiência justificaria postergação daquele que é o dever administrativo por excelência”. Em sua concepção, a eficiência só faz sentido caso seja entendida como uma faceta do princípio da boa administração, oriundo do Direito italiano. Meirelles (2016, p. 105) segue o mesmo entendimento ao afirmar que o dever de eficiência corresponde ao “dever de boa administração” da doutrina italiana.

Por esse ângulo poder-se-á indagar, aqui, se as referências a esse princípio no ordenamento jurídico de outros países, revelado pelo direito comparado, ao apelar para signos semelhantes, auxilia ou não na compreensão do alcance do princípio da eficiência no direito brasileiro. Pelos entendimentos doutrinários manifestados na literatura brasileira, a resposta parece ser positiva.

Como precursor do princípio da “boa administração”, Guido Falzone (1953, p. 60-63) adverte inicialmente que, ao contrário do que se poderia pensar, o conceito de boa administração não representa uma média entre uma má e excelente administração, pela simples razão de que estabelecer um “meio” procedimental nas relações administrativas institucionais é impossível. A prática do administrador médio é instável, pois sofre variações nas regulações legais, seja de lugar, seja de tempo, gerando a necessidade de a administração pública se adaptar às mudanças e tomar

30 É de salutar importância esclarecer que a eficiência não foi introduzida pela reforma, fazendo parte do ordenamento jurídico brasileiro desde o Decreto n. 200/1967, mas a análise perquirida aqui é da sua nova roupagem, dada pela racionalidade neoliberal e adotada pelo gerencialismo. Na visão de Modesto (2000, p. 113-114) este decreto já submetia toda atividade do Poder Executivo ao controle de resultados (arts. 13 e 25, V), fortalecia o sistema de mérito (art. 25, VIII), sujeitava a administração indireta tanto a supervisão ministerial quanto à eficiência administrativa (art. 26, III) e recomendava a demissão ou dispensa do servidor comprovadamente ineficiente ou desidioso (art. 100).

atitudes variadas de acordo com as necessidades públicas.

De qualquer forma, “a atividade deve ser desenvolvida de forma mais congruente, mais oportuna e mais adequada aos fins a serem alcançados, através da escolha dos meios e da ocasião de utilizá-los, considerando os mais idôneos para tanto”³¹ (FALZONE, 1953, p. 64). Deste modo, “a necessidade de boa administração é, portanto, estabelecida como um dever jurídico para todos os titulares de uma função pública, seja ela internacional ou privada”³² (FALZONE, 1953, p. 84).

Ainda sob a luz da doutrina italiana, Aldo Sandulli (1974, p. 396) ao reportar-se ao princípio da boa administração (“bom andamento”), entende que a ação administrativa tem necessariamente por escopo a realização de uma administração eficiente e apropriada. Isso quer dizer que tal ação, além do natural respeito à lei, deve ser desenvolvida em direção à satisfação das exigências do interesse coletivo em geral (interesse público genérico) e do interesse coletivo situado na base da ação administrativa particular, atuando em casos específicos.

E prossegue entendendo que a ação administrativa deverá ser implementada com observância de regras de conduta não jurídicas. Geralmente, são as técnicas diversas e a experiência pretérita, as quais indicam qual é o modo mais apto para a realização da ação administrativa. Tais regras são destinadas a assegurar, essencialmente, presteza, simplicidade, agilidade, rapidez, economia, rendimento e adequação da ação administrativa (SANDULLI, 1974, p. 396).

Com uma visão ampliativa do dever de “boa administração pública”, Juarez Freitas (2014, p. 21) a enxerga como direito fundamental do cidadão no Estado Democrático, compreendendo como uma

administração pública eficiente e eficaz, proporcional cumpridora de seus deveres, com transparência, sustentabilidade, motivação proporcional, imparcialidade e respeito à moralidade, à participação social e à plena responsabilidade por suas condutas omissivas e comissivas.

Para Egon Bockmann Moreira (2006, p. 324-327), a Emenda n. 19/98 “pretendeu outorgar à Administração Pública uma máxima não-jurídica, típica da administração e economia, que se referem basicamente ao desempenho de entes privados”. Ao apontar que o conceito do termo “eficiência”, para estas ciências,

³¹ Tradução livre de: *Si intende cioè affermare che quell'attività deve svolgersi nel modo più congruo, più opportuno, più adeguato al fine da raggiungere, attraverso la scelta dei mezzi e del tempo di usarli che siano ritenuti i più idonei* (FALZONE, 1953, p. 64).

³² Tradução livre de: *L'esigenza di buona amministrazione pertanto si afferma come un dovere giuridico, sia nei confronti dei titolari di una funzione pubblica che internazionale o privata* (FALZONE, 1953, p. 84).

envolve a relação entre trabalho, tempo, investimento e resultado lucrativo obtido em determinada ação empresarial, sendo o vínculo entre custos e produto final, pontifica que houve a inserção de conceitos e objetivos absolutamente diversos dos considerados essenciais para a Administração Pública, em um Estado Democrático de Direito.

Tece, assim, críticas a inclusão do princípio da eficiência na condição de princípio constitucional da Administração Pública, ao entender tratar-se “de perigoso procedimento de privatização interna da Administração Pública, que configura desprezo à essencial diferença entre regras legais e princípios constitucionais, como também às prerrogativas e deveres de cada espécie de atividade” (MOREIRA, 2006, p. 327).

Em que pese a respeitabilidade da opinião do referido autor, para o profissional de Direito, enquanto tal, “não cabe nem fechar os olhos às novas instituições, porque não lhe agradem, nem, muito menos, contra elas vociferar, mas desenvolver uma atitude positiva, em que a crítica científica, necessária e desejada, guarde um sentido construtivo e, se possível criativo” (MOREIRA NETO, 2000, p. 182).

Deste modo, há que se ter em mente que “o princípio da eficiência é mais um instrumento posto à disposição dos particulares e da Administração, na busca do exercício dos direitos individuais e sociais celebrados pela Constituição” (MOREIRA, 2006, p. 341).

Com o desenvolvimento dos conceitos da administração pública gerencial, passou-se a reconhecer não ser o bastante a prática de atos que, simplesmente, estejam aptos a produzir os resultados juridicamente dele esperados (conceito clássico de eficácia). Exigiu-se mais: que esses atos fossem praticados com tais qualidades intrínsecas de excelência, de modo a possibilitarem o melhor atendimento possível das finalidades para ele previstas em lei (MOREIRA NETO, 2014, p. 290).

Foi então que o princípio da eficiência ganhou uma dimensão própria, na medida que o conceito de “eficiência” adotado teria por base que o aumento ou a diminuição do Estado repercutiria diretamente nos custos necessários à execução das atividades administrativas e na manutenção dos órgãos públicos. A decisão por um dirigismo implicaria uma ampliação de despesas e maiores ônus para os indivíduos que compõem uma determinada sociedade, devendo-se voltar ao atendimento das demandas sociais prioritárias, afinal os “recursos públicos são finitos e as demandas de atuação estatal são infinitas” (MORAIS, 2004, p. 169-175).

Impende destacar que a demarcação semântica do que se entende por eficiência não goza de exata precisão. Alguns doutrinadores, inclusive, deduzem ser sinônimo de eficácia³³. Por outro ângulo, o que se observa, é que tanto os conceitos da economicidade, quanto da eficácia e da eficiência possuem uma derivação de natureza econômica, mas sendo categorias distintas e autônomas.

Neste contexto, Sandulli (2000, p. 976) esclarece que a economicidade impõe à Administração Pública o dever de empregar um adequado uso dos recursos à sua disposição. Por sua vez, eficácia exprime a necessidade de que a administração ponha em movimento uma ação idônea à obtenção de um determinado resultado. Já a eficiência reclama, com referência à manifestação do sujeito administrativo, o balanço entre os custos despendidos e as vantagens alcançadas, com um saldo favorável a estas últimas (balanço-custo benefício).

Não se duvida da aproximação entre o compreendido por economicidade (utilização adequada de recursos) e eficiência (balanço e custo-benefício), esta abarcando a primeira.

Diogo de Figueiredo Moreira Neto (2014, p. 248), concebendo a economicidade como corolário do princípio da eficiência, traz a ideia de que a Administração deve pautar seus atos por critérios de custo-benefício, sob um aspecto estritamente financeiro, pois, para se chegar às “escolhas administrativas”, não se dispensa uma análise de parâmetros objetivos econômicos.

Já Daniel Borba (2018, p. 59) vai mais além. Em sua concepção, o princípio da eficiência, consagrado em sede constitucional no Estado brasileiro, apresenta um discurso aliado à noção de governança, o que denota a adoção da acepção mais restrita do termo (econômica), ganhando dimensão e vida própria pelas escolhas políticas que a sucederam, sendo a grande marca das reformas administrativas brasileiras nos últimos trinta anos.

De todo modo, no período vivenciado pela crise do Estado brasileiro, acreditou-se que a inclusão da eficiência na seara da Administração Pública, como princípio a ser seguido pudesse contribuir para o seu revigoramento, conforme a justificativa da Mensagem Presidencial 886/95 (convertida na Proposta de Emenda Constitucional

³³ Ubirajara Custódio Filho (1999, p. 211-214) é um dos juristas brasileiros que entende eficiência como sinônimo de eficácia, trazendo quatro argumentos jurídicos para tanto: o princípio da máxima efetividade ou da interpretação efetiva enunciado por J.J. Gomes Canotilho (segundo o qual deve-se atribuir ao texto constitucional o sentido que lhe garanta a maior força normativa); deve ser assegurado o aspecto teológico da norma; bem como o aspecto sistemático de interpretação; e, por último, o princípio da indisponibilidade do interesse público.

173/95, a qual deu origem à EC 19/98) (BRASIL, 1995, p. 11-12), ao destacar os seguintes resultados esperados da reforma administrativa:

incorporar a dimensão de eficiência na administração pública: o aparelho do Estado deverá se revelar apto a gerar mais benefícios, na forma de prestação de serviços à sociedade, com os recursos disponíveis, em respeito ao cidadão contribuinte; [...]
ênfase na qualidade e o desempenho nos serviços públicos: a assimilação, pelo serviço público, da centralidade no cidadão e da importância da contínua superação de metas desempenhadas, conjugada com a retirada de controles e obstruções legais desnecessários, repercutirá na melhoria dos serviços públicos.

Veja-se que a mudança proposta e encampada pelo poder constituinte reformador brasileiro abarcou características tanto de relação custo-benefício da atividade administrativa, quanto de superação de exageros no formalismo e controle da atividade administrativa.

Nota-se, assim, uma adequação do juspublicismo brasileiro aos entendimentos congêneres estrangeiros, em especial, quanto à necessidade de considerar-se os custos não mais como meros óbices à atividade administrativa, mas sim como elemento integrante da mesma, o qual precisa ser previamente analisado antes de movimentar-se a máquina administrativa (MORAIS, 2004, p. 182). O que só confirma o que outrora já afirmado do auxílio do direito alienígena na compreensão do alcance do princípio da eficiência no ordenamento pátrio.

De qualquer forma, conclui-se que não foi adotado exclusivamente um “eficientismo econômico” como máxima a ser seguida, uma vez que sob o pálio da eficiência, engloba-se tanto a economicidade, quanto o que se entende por eficácia. O Poder Público deve atuar com prestabilidade aos fins determinados, fornecendo aos cidadãos prestações que possuam utilidade, com presteza, a implicar atendimento com rapidez, e do modo menos oneroso possível ao erário público, isto é, com economicidade.

Daí que a ideia de eficiência representa uma possível alternativa à crise do Estado Social, apresentando-se como o novo nome de justiça. Um mínimo de eficiência é exigência que passa a integrar a noção de justiça no caso concreto (MONTEIRO, 2006, p. 351).

Aliás, como um direito fundamental que é (aceitando-se a doutrina de Freitas), passa a ser juridicamente exigível do administrador público, através de parâmetros objetivos previamente fixados, a consecução de fins legítimos previamente estabelecidos em lei e a otimização dos meios para seu alcance.

De suma importância para o Poder Público, como visto, o “discurso” da eficiência acaba refletindo no perfil de vários institutos administrativos. Porém, o dever de eficiência desperta especial atenção na prestação dos serviços públicos, principalmente em se tratando da saúde. Neste caso, o importante é a qualidade e o custo dos serviços prestados aos cidadãos, como bem asseverou o PDRAE (item 5.2. – Setores do Estado e Tipos de Gestão) (BRASIL, 1995).

Hodiernamente, o que se percebe do SUS é a sua dificuldade em garantir um mínimo de eficiência e efetividade na manutenção de um sistema de atendimento médico e hospitalar, que segundo determina a Constituição deve ser universal e gratuito. Há insuficiência de recursos orçamentários, de pessoal administrativo competente e, principalmente, o modelo de administração do SUS está longe de ser adequado para executar a sua tarefa (BRESSER-PEREIRA, 2011, p. 253).

Logo, há um dever na busca por uma relação ótima entre qualidade e custo dos serviços colocados a disposição do público, seja quando o serviço público de saúde for prestado de forma direta pela administração, tendo esta que “ser necessariamente gerencial” (PDRAE, 1995, p. 54), seja quando for prestado sob execução indireta, por entidades sem ou com fins lucrativos, com obrigação de obediência aos princípios gerenciais de administração, dentre eles o da eficiência.

Deveras, em sentido contrário, a deficiência no funcionamento dos serviços públicos pode ensejar a culpa administrativa, com direito a indenização a depender das circunstâncias do caso concreto. Como bem assevera José Cretella Júnior (1979, p. 343-344), “o serviço público deve funcionar bem: é a regra. Às vezes, entretanto, o serviço público funciona mal. O serviço, além de poder funcionar mal, pode não funcionar ou pode funcionar atrasado e, nestes casos, o Estado é obrigado sempre a indenizar”.

Assim sendo, não há como negar a relevância da eficiência na seara do Poder Público, sendo um fator determinante da responsabilidade estatal.

3.3.2. A implementação do modelo gerencial para a prestação dos serviços no âmbito hospitalar do SUS

A eficiência é um norte a ser seguido visando à melhoria dos serviços públicos. Este princípio aliado ao contexto de governança em que o atual Estado vive foram os argumentos que serviram de retórica para a adoção da reforma gerencial e das

políticas econômicas ditadas a partir de acordos entre Poder Público e entes privados.

Este sistema de parceria foi denominado pelos reformadores de “publicização”. Trata-se de uma alternativa ao estatismo, na qual tudo é realizado pelo Estado, e à privatização, em que tudo é reduzido à lógica do mercado e do lucro privado, o que permitiu que a execução dos serviços públicos não exclusivos do Estado, caso da saúde, fosse realizada pelas entidades do terceiro setor (BRESSER-PEREIRA, 2011, p. 246-247).

Mas qual é o significado atribuído a nomenclatura de “terceiro setor”? Tal expressão decorre da tradução literal do *third sector* americano, difundido na década de setenta, que representa as “organizações sem fins lucrativos” ou o “setor voluntário”. No Brasil também se utiliza a expressão “organização da sociedade civil”, por atuar num plano intermediário entre o Estado, que seria o primeiro setor, e as empresas, representantes do segundo setor (ALBUQUERQUE, 2006, p. 18).

Apesar de ter assumido especial relevância com a reforma da década de noventa, as “entidades do terceiro setor sempre existiram e tradicionalmente formalizavam a parceria com o Poder Público por meio de convênio”, tanto que a doutrina administrativa tradicional já incluía estes entes na categoria de “entidades paraestatais”³⁴, por se tratar de pessoas privadas que atuavam em regime de colaboração com o Estado sem fins lucrativos; não pertenciam ao Poder Público, mas se achavam paralelas a ele (PIETRO, 2017, p. 318-319).

De todo modo, o terceiro setor é extremamente amplo, com diversas entidades em sua composição. Dentre elas, as organizações sociais (OS) se destacam como de maior repercussão na seara da reforma gerencial no Estado brasileiro.

No texto do PDRAE, este tipo de entidade foi caracterizado como de interesse social e de utilidade pública, uma associação civil sem fins lucrativos, com atividades nas áreas de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e

³⁴ Para evitar qualquer confusão, dada a existência de divergência doutrinária quanto à utilização deste termo (MELLO, 2013, p. 161-162), optou-se pelas expressões terceiro setor e organizações da sociedade civil.

Ademais, esclarece-se que boa parte da doutrina enquadra os serviços sociais autônomos como entidades do terceiro setor, sendo conceituados como “[...] aqueles instituídos por lei, com personalidade de Direito Privado, para ministrar assistência ou ensino a certas categorias sociais ou grupos profissionais, sem fins lucrativos, sendo mantidos por dotações orçamentárias ou por contribuições parafiscais [...] com administração e patrimônio próprios, revestidos na forma de instituições particulares tradicionais (fundações, sociedades civis ou associações) [...] genuinamente brasileiras. Constituem as chamadas entidades do ‘Sistema S’” (MEIRELLES, 2016, p. 481). Não serão aprofundados nesta pesquisa por fugir do objeto da reforma administrativa.

preservação do meio ambiente, cultura e saúde.

Foi em 1998, com a edição da Lei nº 9.637, que surgiu o primeiro diploma normativo destinado a regulamentar a “publicização”, a partir da criação da figura denominada de organização social. Em verdade, não se tratou da criação, mas sim duma qualificação que seria dada a uma instituição sem fins lucrativos. Esta lei viria a regulamentar as relações entre o terceiro setor e a Administração Pública federal, sendo seguida pela Lei nº 9.790/1999, disciplinadora das relações entre a Administração Pública federal e a entidade do terceiro setor qualificada como organização da sociedade civil de interesse público (OSCIP).

A semelhança com as OSs se dá pelo fato de ser uma qualificação dada pelo Poder Público a uma entidade sem fins lucrativos, de direito privado, criada por particulares para o exercício de serviços sociais não exclusivos do Estado, recebendo, para tanto, incentivo e fiscalização a partir do vínculo jurídico estabelecido através do termo de parceria que fixa seus direitos e obrigações (equivalente ao contrato de gestão das OSs). “A grande diferença está em que a OS recebe ou pode receber delegação para a gestão de serviço público, enquanto a OSCIP exerce atividade de natureza privada, com a ajuda do Estado”. Ademais, recebe a qualificação independentemente de firmar ou não o termo de parceria (PIETRO, 2017, p. 359-360).

Deixa-se claro, desde já, que não se tratará, nesta exposição, das OSCIPS, uma vez que estas devem atuar em cooperação com o poder público, nunca em substituição a ele na realização de serviços de cunho social. “Não poderia, por conseguinte, assumir a execução de atenção básica ou de serviços de assistência hospitalar, mas apenas estabelecer parceria, por exemplo, no desenvolvimento de algum projeto ou programa. Desse modo, não é um modelo para a gestão do sistema ou de serviços públicos de saúde (PINTO et al., 2014, p. 240).

Como dito, a organização social é uma qualificação jurídica livremente reconhecida por ato administrativo para entidades privadas sem fins lucrativos, desde que suas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e saúde, e que preencha alguns requisitos formais e substanciais, o que possibilita a realização de parcerias com o Estado e a obtenção de benefícios públicos (MELLO, 2013, p. 241).

Afigura-se, pois, que ser organização social não se pode traduzir em uma “qualidade inata”, mas em uma “qualidade adquirida”, resultado de um ato formal de

reconhecimento do Poder Público, facultativo e eventual (MODESTO, 2001, p. 32).

Todavia, a lei em comento não previu nenhum processo seletivo para a escolha das organizações não governamentais com as quais se deveriam celebrar contratos de gestão; ao contrário, conferiu de forma expressa a discricionariedade do Poder Público na concessão da qualificação como organização social.

Neste ponto, há fortes críticas e ausência de consenso doutrinário quanto à liberdade dada pelo legislador para contratações de forma direta, sem passar por um procedimento seletivo prévio que assegure a igualdade de oportunidades e a impessoalidade na celebração do contrato de gestão entre a organização social e o Poder Público.

Carvalho Filho (2017, p. 268) e Oliveira (2015, p. 463) entendem que a dispensa neste caso decorre do sistema implantado pela lei reguladora e pelo contrato de gestão possuir natureza jurídica de convênio e se tratar de uma parceria. Já Justen Filho (2016, p. 552) sustenta que este contrato não está alheio às limitações do direito público, tanto em função do princípio constitucional da obrigatoriedade de licitação quanto devido ao postulado da indisponibilidade do interesse público e do princípio da isonomia.

De forma mais crítica, Mello (2013, p. 242) considera a discricionariedade outorgada ao administrador “inconcebível, até mesmo escandalosa, por sua desmedida amplitude, e que permitirá favorecimentos de toda espécie”.

Entre as características das organizações sociais, destacam-se as seguintes:

sua qualificação decorre de decreto emitido discricionariamente pelo Poder Executivo (art. 1º); o conselho de administração é formado por representantes do Poder Público e da sociedade civil (art. 3º); licitações através de regulamento próprio (art. 17); os recursos de fomento são oriundos do contrato de gestão (arts. 5º e 12), cuja execução deve ser fiscalizada pelo órgão público supervisor e TCU (arts. 8º e 9º); a desqualificação exige como motivo o descumprimento ao contrato de gestão e deve ser precedida de processo administrativo (art. 16) (MOREIRA, 2015). (Grifou-se)

Na esfera federal, os requisitos formais estão previstos no art. 2º da Lei nº 9.637/1998 e em geral tratam sobre os elementos que devem constar no seu ato constitutivo. Já entre os requisitos substanciais, destacam-se: não possuir fins lucrativos; ter um Conselho de Administração como órgão superior com representantes do governo e de entidades da sociedade civil; e firmar contrato de gestão com a Administração (MELLO, 2013, p. 242-243).

Em seu art. 5º e seguintes, a lei prevê que um contrato de gestão deve ser firmado entre o Estado e a organização social. Com a realização deste contrato as

organizações sociais passam a ter algumas vantagens, quais sejam: a destinação de recursos orçamentários e a permissão de uso de bens públicos necessários ao cumprimento do contrato de gestão, além da possibilidade de cessão de servidores públicos com ônus para a origem, de acordo com a sistemática prevista nos arts. 12 e 13 da lei em análise (BRASIL, 1998).

Por outro lado, o contrato de gestão representa o principal instrumento de controle dos resultados desempenhados pelas OSs. Segundo Bresser-Pereira (2011, p. 250), o controle seria obtido através destes contratos em função dos seguintes aspectos: disposições estratégicas, objetivos da política pública à qual se vincula, indicadores de desempenho, meios e condições para a execução dos compromissos assumidos, instrumentos de avaliação, condições de alterações e rescisões contratuais, obrigações das partes, responsabilidades dos envolvidos, condições de vigência e prorrogação, além dos instrumentos de publicidade e controle social.

Ademais, em que pese as organizações sociais estejam enquadradas como entidades de colaboração, em regra prestam serviços delegados pelo Estado, substituindo-o com a utilização de bens, servidores e recursos públicos, ou seja, transfere-se a gestão de um serviço público a uma entidade privada, criada por particulares (PIETRO, 2017, p. 322-323).

Com uma visão crítica, Pietro (2017, p. 322-323) afirma que o “grande objetivo é o de fugir ao regime jurídico a que se submete a Administração Pública”, pois se busca a flexibilidade do setor privado no tocante à contratação de funcionários sem concurso público e por regime celetista, sem as garantias clássicas como estabilidade, bem como no tocante à contratação de bens e serviços para o desenvolvimento de suas atividades, que depende, em regra, de um procedimento administrativo denominado licitação, além do menor controle sobre as suas atividades e finanças, tanto que as compara a uma concessionária de serviços públicos sem remuneração do usuário, pois são mantidas com recursos do orçamento do ente público; a diferença é que neste caso existe a finalidade lucrativa.

De qualquer forma, a aposta do governo nas organizações sociais como estratégia adotada para a gestão pública no Brasil, partiu-se do pressuposto de que o setor público não estatal é mais eficiente e oferece serviços de melhor qualidade devido à maior flexibilidade de gestão típica das entidades de direito privado e do controle, que pode ser o social direto, através dos conselhos de administração constituídos por integrantes da sociedade, ou o controle de mercado, via competição

administrada (BRESSER-PEREIRA, 2011, p. 240-241).

Além disso, segundo Bresser-Pereira (2011, p. 239), tal aposta fundamentou-se ainda na tese do fortalecimento das instituições democráticas, uma vez que tais entidades se encontram entre o Estado e o mercado. Neste sentido, ao tratar sobre a ideia de sociedade civil, afirma a importância de um espaço público aberto para permitir uma maior acessibilidade do processo de governo aos cidadãos, fortalecendo o espírito da sociedade democrática.

Para Carlos Montaño (2010, p. 45) trata-se de uma nova forma de privatização das atividades estatais, agora com a alcunha de “publicização”, tornando-a mais palatável para a sociedade, na medida em que seria fruto da “colaboração” entre o Estado e instituições que não visam ao lucro, mas que tornam efetivo o “moderno conceito de democracia” e viabilizam uma “profunda melhora” na prestação dos serviços públicos.

Todavia, ao contrário deste entendimento, o programa de publicização não significou a privatização de atividades do Estado, mas tratou-se de uma forma que ampliasse o caráter democrático e participativo da esfera pública à luz de um Direito Público renovado e ampliado (BRESSER-PEREIRA, 2011, p. 248).

Privatização pressupõe uma transferência de domínio, isto é, o “trespasse de um ente do domínio estatal para o domínio particular empresarial, uma transação de natureza econômica e uma retração do Poder Público em termos de inversão de recursos e em termos quantitativos de pessoal” (MODESTO, 2001, p. 35).

No modelo das organizações sociais esses pressupostos não comparecem. Em suma porque não há subordinação da qualificação como OS à extinção de ente público; não há transferência de domínio de prédios ou bens públicos como forma de apoio ou fomento, mas apenas uma simples permissão de uso; os contratos de gestão que o Estado firmar com as entidades qualificadas não poderão ter natureza/finalidade econômica e sim social, afastando a ideia de lucro ou qualquer proveito de natureza empresarial; e, por fim, não há retração financeira, patrimonial ou de pessoal do Estado quando da qualificação a uma instituição, ao contrário, esta goza de apoios e subvenções do ente público (MODESTO, 2001, p. 35).

Nem tampouco as organizações sociais podem ser confundidas com entidades que prestam serviços para a administração segundo o regime que se convencionou

denominar terceirização³⁵ (MODESTO, 2001, p. 43-44).

Ademais, afirma Bresser-Pereira (2011, p. 248) que não há risco de captura privada ou privatização da entidade, através das falsas organizações não governamentais existentes, o que seria impedido pelo próprio contrato de gestão e seu permanente controle dos resultados, bem como pela própria natureza da entidade. No entanto, não descarta o risco da “feudalização”³⁶.

Não foram poucas as polêmicas relacionadas a Lei das OSs, diga-se de passagem. Um dos pontos residiu na necessidade de realização de licitação entre as organizações sociais e terceiros necessários para o cumprimento dos objetivos previstos no contrato de gestão com a utilização de recursos públicos, pois conforme exigência prevista no art. 17 da Lei nº 9.637/1998³⁷, deve ser elaborado um regulamento³⁸ pela própria entidade (BRASIL, 1998b). Na mesma linha, foi suscitada a questão da inexistência de um procedimento de contratação dos trabalhadores das OSs.

Diante dessas e de outras questões, poucos meses após a promulgação do

³⁵ Terceirizar significa contratar “particular-empresário” com vistas ao desempenho de atividades-meio na área de saúde financiada pelo Estado, sendo que esta prestação de serviço é revestida de caráter empresarial e lucrativo, exigindo, assim, prévia licitação. De todo modo, pelo caráter próprio da terceirização, não há prestação global do serviço de saúde, mas sim atuação em simples “atividades operacionais” ou “ancilares”, como serviços de vigilância, manutenção, limpeza, transporte, seguro, etc. (MODESTO, 2001, p. 44-45). No mesmo sentido Dinorá Grotti (2011, p. 470-471) pontifica que nada impede que o Poder Público celebre contratos de prestação de serviços que tenham por objeto atividades-meio como transporte de pacientes, refeições, ou mesmo certos serviços técnicos-especializados como a realização de exames médicos, consultas, etc., hipóteses em que estará transferindo apenas a execução material de atividades ligadas aos serviços de saúde. O que o hospital público não pode é “terceirizar a gestão operacional desses serviços, que envolveria a terceirização do próprio serviço público de saúde ou de ensino”.

³⁶ Explica-se. Feudalização de uma organização pública não estatal é o fato de ela ser dominada permanentemente por um determinado grupo, o qual não privatiza a instituição, não a usa para seu enriquecimento, mas detém o poder mesmo que a instituição esteja tendo mau desempenho ou mesmo que seus dirigentes tenham perdido condições para continuar no poder (BRESSER-PEREIRA, 2011, p. 249).

³⁷ Art. 17. A organização social fará publicar, no prazo máximo de noventa dias, contado da assinatura do contrato de gestão, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para a contratação de obras e serviços, bem como para compras com emprego de recursos provenientes do Poder Público. (BRASIL, 1998).

³⁸ Seguindo uma posição intermediária, o Tribunal de Contas da União (vide acórdão nº 1.777/2005, tendo como Relator o Ministro Marcos Vinícios Vilaça, e Informativo de Jurisprudência sobre Licitações e Contrato do TCU nº 116) entende que, apesar de não se enquadrar na Lei nº 8.666/1993, a organização social deve prever um procedimento seletivo simplificado, que obedeça aos princípios fundamentais da Administração Pública. Bresser-Pereira (2011, p. 247-249) entendia que “as compras deveriam estar subordinadas aos princípios da licitação pública”, ainda que defendesse que poderiam ter um regime próprio, através de instrumentos de gestão flexíveis que admitam uma resposta mais rápida.

regulamento das organizações sociais (dezembro de 1998), foi proposta pelo Partido dos Trabalhadores e pelo Partido Democrático Trabalhista a Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1.923/DF, com pedido de medida cautelar, questionando na íntegra a Lei nº 9.637/1998, bem como a Lei nº 9.648/1998, que incluiu o inciso XXIV no art. 24 da Lei nº 8.666/1993, com fundamento na ofensa aos mais diversos dispositivos constitucionais³⁹.

Em 2015, com o voto vencedor do Ministro Luiz Fux, o julgamento foi finalizado e o Supremo Tribunal Federal (STF) confirmou a tese da constitucionalidade dos dispositivos questionados. No entanto, fez interpretação conforme à Constituição: “não afastaria o dever de abertura de processo administrativo”, “não liberaria a Administração da rigorosa observância dos princípios constitucionais da publicidade, da moralidade, da impessoalidade, da eficiência e da garantia de um processo objetivo e público”, “não prescindiria de motivação administrativa” e “não dispensaria os mecanismos de controle interno e externo” (BRASIL, 2015).

A decisão ratificou a desnecessidade de licitação para a contratação das organizações sociais, pois o contrato de gestão não é um contrato administrativo, mas sim de convênio, tendo em vista a conjugação de esforços para um objetivo em comum dos interessados. Entretanto, em razão do trespasse de bens, recursos e servidores públicos, que são bens escassos e não estão disponíveis para qualquer interessado, “deverão ser conduzidos de forma pública, objetiva e impessoal, com observância dos princípios do *caput* do art. 37 da CF, e nos termos do regulamento próprio a ser editado por cada entidade” (BRASIL, 2015).

Quanto às contratações das organizações sociais realizadas com terceiros utilizando recursos públicos, tendo em vista as benesses auferidas em virtude do contrato de gestão, deve ser elaborado um regime jurídico “minimamente informado pela incidência do núcleo essencial dos princípios da Administração Pública (CF, art. 37, *caput*), entre os quais se destaca a impessoalidade”; no entanto, deve ser mais flexível que o público, uma vez que a finalidade do marco regulatório do terceiro setor é conciliar os princípios constitucionais com a flexibilidade oriunda do setor privado

³⁹ Destacam-se: “ofensa aos deveres de prestação de serviços públicos de saúde, educação, proteção ao meio ambiente, patrimônio histórico e acesso à ciência”, “violação à impessoalidade e a interferência indevida do Estado em associações”, “descumprimento do dever de licitação”, “ofensa aos princípios da legalidade e do concurso público na gestão de pessoal”, “descumprimento de direitos previdenciários dos servidores”, “insubmissão a controles externos” e “restrição da atuação do Ministério Público” (BRASIL, 2015).

(BRASIL, 2015).

E, com relação ao concurso público, a Suprema Corte entendeu que os empregados das organizações sociais não são enquadrados como servidores públicos, mas sim como empregados privados sujeitos à legislação privada. Assim, inexistente a obrigatoriedade de concurso, mas o “procedimento de seleção de pessoal, da mesma forma como a contratação de obras e serviços, deve, sim, ser posto em prática de modo *impeccabilis e objetivo*, porém *sem os rigores do concurso público*” (BRASIL, 2015).

Desta forma, o STF sustentou a finalidade do legislador de fomentar a atuação destas organizações no desempenho dos serviços sociais, o que permitiria um tratamento desigual para cumprir o objetivo constitucional da prestação “eficiente” dos serviços sociais, mas não esquecendo da necessidade de se observar critérios objetivos e impessoais no momento da escolha (BRASIL, 2015).

Nesse contexto, Borba (2018, p. 77) traz uma preocupação a ser levada em consideração. Em que pese, na atualidade, haver um clamor por serviços mais eficientes e adequados às demandas oriundas da Constituição, com o aval do STF para uma maior flexibilidade nos sistemas de contratação, a “publicização realizada sem critérios objetivos possibilitará um “descontrole”, dada a maior possibilidade de ocorrência de fraudes e mau uso dos recursos públicos, o que impedirá a realização dos pretensos objetivos iniciais da reforma gerencial”.

3.3.3. O gerenciamento dos hospitais públicos pelas Organizações Sociais

Essa estratégia seguiu sendo idealizada também na seara da saúde, uma vez que o SUS não dispunha de recursos orçamentários suficientes, nem de pessoal administrativo competente, nem de um modelo de administração adequado que pudesse garantir um mínimo de eficiência e efetividade para o sistema, principalmente quando o assunto diz respeito ao campo da assistência médico-hospitalar.

No Brasil, os hospitais dominam a dimensão organizacional do Sistema Único de Saúde. Conforme Relatório de Gestão do exercício de 2017 apresentado pelo Ministério da Saúde em 2018, a Rede Hospitalar contava com 7.514 estabelecimentos de saúde. Com relação à natureza jurídica, os estabelecimentos públicos constituem a maioria (41,14%), seguido pelos privados com fins lucrativos (33,78%) e privados sem fins lucrativos (25,09%) (BRASIL, 2018).

Nesta seara, pontifica Bresser-Pereira (2011, p. 260-261), com razão, que o problema fundamental enfrentado pela medicina ambulatorial e hospitalar é o da baixa qualidade dos serviços, já que estes não estão disponíveis para a população nem na quantidade nem na qualidade minimamente desejável, muito embora seja dedicado mais de 80% do orçamento a esta área. Este é um problema enfrentado pela grande massa da população brasileira, já que dependente do SUS e dos seus ideais de universalidade e equidade.

Para piorar, as políticas de redução do gasto público, adotadas como resposta às diversas crises econômicas atravessadas pelo país, como já visto, têm afetado de modo intenso a saúde pública, acrescido da grande elevação de custos advinda do aumento da complexidade e sofisticação tecnológica dos tratamentos médicos e hospitalares. Em consequência, nota-se um decréscimo drástico e persistente do aporte de recursos financeiros para o custeio da saúde.

Por outro lado, o modelo tradicional de administração pública direta não colabora na área da administração hospitalar. Diga-se de passagem, aqui, que os hospitais são considerados como as organizações mais complexas de saúde que existem, pois, “num mesmo local são praticadas atividades industriais, médicas, de enfermagem, de ciência e tecnologia, de hotelaria, restaurante, lavanderia etc., tudo em prol e em razão do paciente, o que envolve componentes sociais, culturais e educacionais” (TEIXEIRA, 2008, p. 38).

Essa noção de complexidade encerra pelo menos duas dimensões, sendo a primeira relacionada à organização do trabalho em si, considerado tanto o processo quanto o produto. Já a segunda diz respeito às exigências para sua condução, o que significa a coordenação das ações específicas de cada parte desse trabalho, procurando atingir produtos e resultados globais em termos de eficiência e eficácia. Assim sendo, a perspectiva de construção de modelos gerenciais e jurídicos exige uma compreensão acerca da natureza particular de sua complexidade (BARBOSA, 1996, p. 72).

E, quando administrados através da própria administração direta, apresentam as seguintes dificuldades:

impossibilidade de o gestor pagar salários compatíveis com o mercado e, dessa forma, fixar seu pessoal e mantê-lo adequadamente treinado e atualizado. É preciso lembrar que, em um hospital geral, cerca de 70% dos gastos são com pessoal, que precisa ser bem recrutado, constantemente treinado e substituído com agilidade quando de seu desligamento do serviço público; proibição de o gestor hospitalar contratar e admitir, sem autorização

governamental, o seu pessoal, segundo suas necessidades; obrigação de comprar 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, seja no que diz respeito à agilidade/urgência que seriam imprescindíveis em algumas aquisições; impossibilidade de haver uma gestão independente dos recursos financeiros da unidade, de modo a permitir converter, para outras áreas da própria unidade hospitalar, as “economias” conseguidas em recursos destinados a investimentos ou acréscimos orçamentários; inexistência 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; dificuldade de o gestor contar com gerências profissionais nos diferentes serviços (interferências políticas) das unidades hospitalares (GOMES, 2006, p. 58-59).

Entre essas e outras razões, passou-se ao desenvolvimento de uma reforma gerencial do SUS. Tendo como base o modelo inglês de administração no National Health Service (NHS), esta reforma, consubstanciada na NOB-96⁴⁰, foi apresentada com quatro ideias básicas: descentralizar a administração e o controle dos gastos com a saúde, que seriam distribuídos aos municípios de acordo com a população existente e não mais com o número de leitos; criar um quase mercado entre os hospitais e ambulatórios especializados; transformar os hospitais em organizações públicas não estatais (organizações sociais); e criar um sistema de triagem constituído por médicos clínicos ou médicos de família (BRESSER-PEREIRA, 2011, p. 252).

Logo, o programa de publicização previu a transformação dos serviços de saúde em organizações sociais – uma entidade pública de direito privado que celebra um contrato de gestão com o Estado e assim é financiada parcial ou mesmo totalmente pelo orçamento público. Neste sentido, os hospitais públicos deverão se transformar, em princípio, em organizações sociais, ou seja, em entidades públicas não estatais de direito privado, com autorização legislativa para celebrar contrato de gestão com o poder executivo e assim participar do orçamento federal, estadual ou municipal (BRESSER-PEREIRA, 2011, p. 265).

Trajano Quinhões (2008, p. 63-87) destaca que a instituição das organizações sociais foi uma tentativa de trazer a governança para o contexto dos hospitais públicos e tentar contornar as dificuldades encontradas. Uma marca dessa nova forma de administração dos hospitais públicos foi desmembrar o papel do financiador do papel do prestador do serviço de saúde.

⁴⁰ A NOB/96 (Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde) redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema (BRASIL, 1996).

Ao fazer um estudo sobre as organizações sociais, Quinhões (2008, p. 63-87) observou que um dos avanços apresentados nas contratações dessas entidades, no quesito governança, foi a introdução de instrumentos responsáveis por averiguar o desempenho, além da flexibilidade de gestão para lidar com os recursos materiais, financeiros e humanos. Outra questão foi que, em função de existir metas de desempenho a serem cumpridas, o gestor do hospital no contexto da OS precisa ter conhecimento e atributos necessários para gerir todos estes recursos de forma a alcançar os objetivos estabelecidos.

Segundo Nilson Costa (2011, p. 100), utilizando como modelo de estudo as OSs no Estado de São Paulo, “as evidências demonstram que os incentivos econômicos oferecidos às OS e as regras de contratualização permitiram atingir um desempenho diferenciado dos hospitais nessa governança em termos de eficiência técnica (mede a capacidade de produzir o máximo de resultados com dada quantidade de insumos) e alocativa (mede as condições de utilização dos insumos) e na qualidade quando comparados com hospitais com idêntico perfil da Administração direta em meados da década de 2000.

No mesmo sentido, a nota técnica n. 17, publicada em 2006, pelo CONASS (2006, p. 05-08) relatou que “as experiências mais pontuais vêm demonstrando um desempenho melhor dos hospitais administrados pelas organizações sociais quando comparado aos estabelecimentos administrados pela própria administração direta”.

Diversos outros estudos demonstraram o mesmo entendimento. Dentre eles, destaca-se, aqui, a conclusão da pesquisa feita por Clarissa Guerra (2015, p. 58-61). Segundo esta autora, os hospitais públicos gerenciados por OS apresentaram maior eficiência do que os dirigidos pela administração direta e também daqueles privados que ofertam leitos ao SUS, além de manter a qualidade determinada pela gestão pública.

É insofismável, portanto, que a desburocratização e a liberdade gerencial e financeira encartadas pelas organizações sociais proporcionaram um aumento na eficiência dos serviços de saúde nas redes hospitalares quando comparado ao gerenciamento e execução pela administração direta.

De outra banda, em que pese as experiências terem sido promissoras, Costa (2011, p. 105-106) pontua que “o modelo de governança das OS ainda é bastante frágil como alternativa organizacional para o setor público na provisão de serviços porque depende de uma mudança ampla no modelo de gestão pública no que diz

respeito ao papel de regulação e contratação”. E acrescenta ainda como pontos frágeis o seu alto custo na aplicabilidade a unidades hospitalares e serviços de saúde já em funcionamento e a “alta dependência da decisão de investimento ao Executivo”, já que “as OS não detêm clara competência para definir o processo de atualização e renovação tecnológica”.

Ademais, convém trazer a lume uma preocupação trazida por Quinhões ao abordar a gestão dos hospitais. Há uma perspectiva de que os custos com a gestão dos hospitais aumentem gradativamente em virtude da melhora da expectativa de vida, o que implica a ampliação da longevidade. A crítica que o autor faz é que, nesses diversos anos de reformas e mudanças, as políticas nacionais de saúde têm negligenciado as entidades hospitalares, principalmente na questão da gestão dessas unidades como também na qualidade e eficiência desses serviços. Para o autor,

a adoção de um modelo de governança corporativa hospitalar pública que promova maiores níveis de eficiência, eficácia e efetividade e de um arcabouço que tenha maior capacidade de promover uma mudança institucional nos hospitais brasileiros da rede pública, surpreendentemente não tem recebido a atenção necessária (QUINHÕES, 2008, p. 06-07).

Neste contexto, questiona-se até que ponto o modelo gerencial das organizações sociais idealizado há duas décadas será eficiente para gerir os hospitais públicos, uma vez que a crise econômica “solidificada” no Brasil nos últimos anos ensejou a diminuição de recursos para a saúde pública com o “teto dos gastos públicos”, e o Poder Público, a princípio de “mãos atadas”, não sabe por si só ser eficiente com o seu modelo ainda burocrático weberiano.

Em sua literatura, Bresser-Pereira (2011, p. 241) diz que, “em princípio”, as empresas privadas não poderiam ser os prestadores de serviços sociais, como a educação básica e saúde, “porque são serviços em boa parte subsidiados pelo Estado, na medida em que atendem a direitos básicos de cidadania, que o Estado democrático deve garantir de forma universal”, devendo estes serviços ficar por conta das organizações de serviços públicos não estatais (OSs).

Todavia, tal política “só faz sentido se a produção de serviços sociais por meio de entidades públicas não estatais for mais eficiente e garantir melhor qualidade do que a produção privada ou a produção estatal”, o que deverá ser examinado em duas etapas: primeiro, se a garantia da universalidade da saúde é dever do Estado ou não; e segundo, mas independentemente da resposta que se dê a primeira pergunta, expõe-se “o problema da qualidade e da eficiência” (BRESSER-PEREIRA, 2011, p.

241).

Em sentido inverso, não se mostrando as organizações sociais tão eficazes e eficientes no gerenciamento dos hospitais públicos, porque não se pensar em uma nova modalidade, ainda que esta seja no campo privado e com fins lucrativos, como as parcerias público-privadas instituídas pela Lei 11.079, em 2004?

4. AS PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE HOSPITALAR

Antes de mais, convém lembrar que o próprio Estado brasileiro oferece lastro jurídico a que o sistema público de saúde acompanhe o desenvolvimento social, econômico e tecnológico, de modo a proporcionar a adoção de mecanismos de atuação administrativa compatíveis com a realidade em que se vive.

Isto se torna peça fundamental em um Estado democrático, já que as funções e responsabilidades que a sociedade demanda exigem atualização permanente da Administração, não como um processo acabado, mas em contínua adaptação (MEDAUAR, 2003, p. 133). Assim ocorreu o movimento de diversificação dos modos de prestação de serviços públicos e a crescente e variada colaboração do setor privado.

Não se pode olvidar, conforme observa Beatrice da Silva (2007, p. 235), que buscar formas de execução indireta de serviços públicos de saúde, "quando – e sempre que – manifestada a indisponibilidade da rede pública é, por conseguinte, um meio legitimamente posto à disposição do Poder Público para responder às demandas e necessidades da sociedade".

Há muito tempo Peter Drucker (1970, p. 265 e 273) já se pronunciava sobre a inevitabilidade das parcerias com a iniciativa privada. Em sua obra editada originalmente em 1969 expôs que

atualmente há boas razões pelas quais os soldados, os servidores civis e os administradores de hospitais buscam na administração de empresas conceitos, princípios e práticas. Porque a empresa, nestes últimos trinta anos, teve de enfrentar, em escala muito mais reduzida, o problema com o qual se defronta agora o moderno: a incompatibilidade entre o "governo" e a "execução".

Nessa vereda, como já visto, constata-se a existência de uma tendência de orientação no sentido de reduzir as formas diretas de intervenção do setor público na prestação dos serviços de saúde, apresentando-se em perfeita consonância com os princípios gerais que balizam as mudanças no papel do Estado brasileiro.

Com fulcro nessa tendência, recentemente, o cenário social pátrio foi agraciado com a edição da Lei n. 11.079, de 2004, chamada Lei das Parcerias Público-Privadas (PPPs).

Oportuno esclarecer que as parcerias público-privadas (PPPs) tratadas na lei

referida não dizem respeito às parcerias em sentido amplo. Como bem assevera Carlos Ari Sundfeld (2011, p. 20-24), estas “são os múltiplos vínculos negociais de trato continuado estabelecidos entre a Administração Pública e particulares para viabilizar o desenvolvimento, sob a responsabilidade destes, de atividades com algum coeficiente de interesse geral”, com regime jurídico disciplinado em várias leis específicas.

Neste sentido amplo estariam inclusos, dentre outros, contratos de concessão de serviço público regidos pela Lei 8.987/1995 (Lei das Concessões), contratos de gestão com as organizações sociais e termos de parcerias com as organizações da sociedade civil de interesse público (SUNDFELD, 2011, p. 20).

Diferentemente é o sentido estrito adotado pela Lei das PPPs, “definindo as parcerias público-privadas como os contratos de concessão patrocinada e de concessão administrativa” (SUNDFELD, 2011, p. 24). Na presente dissertação utilizar-se-á o termo PPP neste segundo sentido, restrito.

Ademais, insta ressaltar que

as PPPs se inserem num processo de evolução que se iniciou com as privatizações, prosseguiu com a outorga de concessões de serviço público e de serviço público precedida de execução de obra pública [...], e culmina com um marco legal aplicável às parcerias público-privadas, tendo entre seus objetivos fundamentais o de superar os sérios problemas de infraestrutura no Brasil num contexto de aperto fiscal e de baixa disponibilidade de recursos (GROTTI, 2011, p. 425)

De igual forma, Juarez Freitas (2011, p. 478) em seu discurso assevera que as parcerias público-privadas “surgem como alternativas válidas para enfrentar, sem recorrer à privatização pura e simples, os sérios “gargalos” da congestionada infraestrutura e as graves deficiências na prestação dos serviços universais”.

Em rápidas pinceladas, as parcerias público-privadas são destinadas àqueles serviços e/ou obras públicas cuja exploração pelo contratado ou não é suficiente para remunerá-lo (ex.: ampliação e administração de rodovias ou ferrovias de baixo movimento) ou sequer envolve contraprestação por seus usuários (ex.: construção e gerenciamento de presídios ou hospitais públicos) (GROTTI, 2011, p. 425).

Logo, torna-se oportuno uma análise da PPP como uma possibilidade de representar uma melhoria na assistência à saúde, com investimentos em novas estruturas que venham a suprir as deficiências crônicas do setor, do ponto de vista de disponibilidade de recursos assistenciais.

4.1. As Parcerias Público-Privadas (PPPs) instituídas pela Lei 11.079/2004 e seus desdobramentos

Muito antes de adentrar no Brasil, o instituto da Parceria Público-Privada (PPP) já existia no âmbito Internacional, principalmente nos países de desenvolvimento capitalista avançado na Europa, como arranjo resultante de aspectos conjunturais e estruturais no contexto maior da crise do Estado de Bem-Estar Social.

Com o desenvolvimento de reformas institucionais pelo governo de Margaret Thatcher no Reino Unido, nos anos 1980, as quais tiveram por fim a revisão dos papéis do Estado e da iniciativa privada, foi propiciada a emergência de ações que reduziram atribuições, transformaram e flexibilizaram a gestão por meio do New Public Management (BARBOSA, MALIK, 2015).

Tidas como “produto da ideologia, retórica e da prática segundo a qual o Governo, em todos os níveis, passou a ver no setor privado um parceiro imprescindível e a ser atraído” (COUTINHO, 2011, p. 52), assim surgiram as PPPs no Reino Unido, em 1992, no governo conservador de John Major.

Em relatório publicado pelo *International Financial Services*, de Londres, o conceito de PPP⁴¹, criado no Reino Unido em 1992, “traz a abolição em 1989 das regras que anteriormente haviam restringido fortemente o uso do capital privado para o financiamento de ativos públicos. A ideia era refinar PPP em setores como saúde e governo local” (NIEBUHR, 2007, p. 73).

Cumprе assinalar que o pioneirismo inglês na implantação das PPPs ocorreu no âmbito do programa *Private Finance Initiative* (PFI)⁴², composto por um rol de

⁴¹ Cabe frisar, aqui, que o conceito inglês de PPP é bastante amplo, abrangendo não somente as chamadas *Private Finance Initiatives* (PFIs), como também outras formas de articulação entre o setor público e o setor privado como: as privatizações – processo de venda de uma empresa ou instituição do setor público para o privado; as terceirizações (*outsourcing*) – transferência para um terceiro mais especializado de etapas do processo produtivo; as *joint ventures* – associação de empresas para explorar determinado negócio sem perder a personalidade jurídica; as *concessions* – transferência de um serviço, através de contrato, do Estado para uma empresa particular para que esta o exerça em seu próprio nome e por sua conta e risco; e uma gama variada de modalidades contratuais (COUTINHO, 2011, p. 52).

⁴² O *Private Finance Initiative* (PFI) é um programa de governo britânico que visa encorajar a realização de obras e a gestão de serviços públicos mediante o apoio do setor privado. Ele foi definido como um conjunto de ações para aumentar a participação do capital privado na prestação de serviços públicos (CARRERA, 2012, p. 38). Conforme Barbosa e Malik (2015), o PFI britânico implica arranjos estruturados de contratação entre poder público e entes privados para o desenvolvimento de projetos que se equivalem às concessões comuns e às concessões de PPP brasileiras.

ações envolvendo capital privado nos investimentos em infraestrutura, especialmente em obras e gestão de serviços públicos.

A de se acrescentar que diversos fatores influenciaram na adoção das PPPs de forma massiva na Inglaterra. Dentre as justificativas são citadas: a expectativa de melhoria dos serviços públicos; a crença de que as empresas privadas podem ser mais eficientes e melhor geridas do que as empresas públicas; expectativa de melhoria do *value for money*⁴³ (eficiência) no uso dos recursos públicos; a possibilidade de transferência e de compartilhamento de riscos com o setor privado; a expectativa de capacitar-se e adquirir expertise pelo acesso ao setor privado; a superação de dilemas fiscais, uma vez que se possibilita o aumento de investimentos públicos por meio da participação de recursos privados; o engajamento dos cidadãos e grupos cívicos na governança e no monitoramento dos serviços (PECI; SOBRAL, 2007, p. 02-03).

No cenário brasileiro, as PPPs surgem na conjuntura das reformas adotadas pelo governo brasileiro na busca por maior atratividade para o setor privado investir em setores carentes de investimentos públicos (CARRERA, 2012, p. 39).

Em linhas gerais, foram incorporados em seu discurso os imperativos da eficiência, e importados do contexto inglês, pelo menos em termos retóricos, três conceitos-chave: aumento de *value for money*; transferência de riscos para o setor privado e avaliação por resultado dos contratos.

Neste viés, salienta-se que a opção por um modelo híbrido de parceria foi influenciada pela “necessidade de promoção de investimentos em infraestrutura, associada à falta de recursos financeiros públicos, decorrente da escassez de recursos fiscais, das restrições ao endividamento público e da rigidez orçamentária” (PECI; SOBRAL, 2007, p. 08).

O centro de funcionamento de um projeto PFI é um contrato de concessão no qual o setor público especifica os resultados demandados de uma obra/serviço público, assim como a base para o pagamento em troca desses resultados. Esse contrato é um documento-chave que especifica os arranjos de compartilhamento de riscos entre o setor público e o privado (PECI; SOBRAL, 2007, p. 05).

⁴³ A relação custo-benefício significa alcançar a combinação ideal de benefícios e custos na entrega de serviços que os usuários desejam. Muitos programas de PPP exigem uma avaliação sobre se uma PPP pode oferecer melhor valor para o público do que a aquisição pública tradicional - muitas vezes chamada de análise do valor pelo dinheiro (WORLD BANK, 2017, p. 129). De acordo com a Partnerships UK, são utilizados alguns parâmetros para verificar o *value for money*: contratos baseados em resultados (*output based contracts*), aproveitamento de economias de escala, competição, transferência de risco para a iniciativa privada, inovação, divisão explícita de responsabilidades (COUTINHO, 2011, p. 53).

Daí veio a lume, em 2004, a Lei federal n. 11.079 instituindo a parceria público-privada, cujo teor reflete o desenvolvimento de nova disciplina contratual para a delegação de serviços e obras públicas em que o Poder Público assegura ao parceiro privado remuneração mínima, vinculada ou não ao seu desempenho, ou, ainda, remunera-o integralmente pela prestação de atividade incapaz de ser custeada diretamente por seus usuários ou beneficiários.

Da mesma forma tal qual já abordado no campo das OSs, não se trata aqui de privatização⁴⁴! Em que pese o posicionamento contrário de Maria Sylvia Zanella Di Pietro⁴⁵ (2017, p. 05-09 e 81-82), segundo o qual todas as formas de concessão de serviço público constituem instrumentos de privatização, as parcerias público-privadas com esta não se confundem.

Esclarece-se, desde já, que nas parcerias público-privadas a operação e manutenção de bens públicos podem ser transferidos ao parceiro privado durante a vigência do contrato, porém não ocorre a sua alienação e a propriedade do bem se mantém pública.

Além do que, a destinação do bem público concedido em parceria público-privada fica restrita àquela determinada no contrato, não podendo o parceiro privado exercer direitos típicos do domínio sobre o bem público. Enfim, a gestão privada do bem público se encerra após a extinção do contrato de parceria público-privada, não estando presentes quaisquer dos elementos que caracterizam a privatização.

Ultrapassada esta questão, prosseguindo com a Lei das PPPs, esta lei além de instituir normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública, define que “a parceria público-privada é o contrato administrativo de concessão, na modalidade patrocinada ou administrativa” (art. 2º) (BRASIL, 2004).

Como se nota, a Lei das PPPs teve o limitado escopo de “complementar a legislação para viabilizar contratos específicos que, embora interessantes para a Administração, ainda não podiam ser feitos, e isso ou por insuficiência normativa, ou

⁴⁴ Privatizar, segundo disciplinado na Lei 9.491 de 1997, abrange apenas a transferência de ativos ou de ações de empresas estatais para o setor privado (BRASIL, 1997). Assim sendo, o termo “privatização” pode ser usado nos casos de transferência integral ou definitiva de uma função, ativo ou atividade específica para o setor privado, reservando-se ao poder público apenas o papel de regulador.

⁴⁵ A autora defende o sentido amplo do termo privatização. Em sua concepção, a concessão de serviços e de obras públicas e os vários modos de parceria com o setor privado, inclusive a parceria público-privada, constituem formas de privatizar, e, deste modo, instrumentos de que o poder público pode utilizar-se para diminuir o tamanho do Estado e transferir atribuições estatais para o setor privado (PIETRO, 2017, p. 05-09).

por proibição legal” (SUNDFELD, 2011, p. 23). A saber, ampliou o rol de modalidades de concessão de serviço público.

Vale lembrar, nos termos expressos por Bandeira de Mello (2013, p. 717-718),

concessão de serviço público é o instituto através do qual o Estado atribui o *exercício* de um serviço público a alguém que aceita prestá-lo em nome próprio, por sua conta e risco, nas condições fixadas e alteráveis unilateralmente pelo Poder Público, mas sob garantia contratual de um equilíbrio econômico-financeiro, remunerando-se *pela própria exploração do serviço*, em geral e basicamente mediante tarifas cobradas diretamente dos usuários do serviço.

Desde a previsão expressa em sede constitucional (art. 175), posteriormente regulamentada pela Lei 8.987/95 (Lei Geral das Concessões), já se reconhecia a possibilidade de concessão e permissão de serviços públicos para as atividades de natureza comercial ou industrial, que admitem a cobrança direta de pecúnia do usuário. Sendo que, neste caso, a lógica que norteia a delegação por concessão reside justamente na rentabilidade e sustentabilidade econômica da exploração do serviço.

Por outro lado, havia a necessidade de estender a aplicação da lógica econômico-contratual da concessão tradicional a outros objetos que não a exploração de serviços públicos econômicos. Foi então que a lei das PPPs veio instituir as regras faltantes. Além de ter previsto expressamente a possibilidade de pagamento por parte do Poder Público, por meio da denominada concessão patrocinada, já admitida implicitamente pela Lei de Concessões, criou a concessão administrativa (SUNDFELD, 2011, p. 20-24).

Desta forma, o modelo de concessão previsto pela Lei 8.987/95 passou a ser especificado pela qualificação de “concessão comum”, e a remuneração dos serviços prestados realizada direta e integralmente pelos usuários dos serviços passou a identificar uma das modalidades de concessão, a concessão comum.

Por sua vez, quanto as novas espécies de concessão, a modalidade patrocinada corresponde, de acordo com o art. 2º, §1º da Lei nº 11.079/04, à outorga à iniciativa privada da exploração de serviço ou obra pública, em que, ao lado das tarifas cobradas diretamente do usuário, a contraprestação pecuniária do parceiro público compõe a remuneração do parceiro privado (BRASIL, 2004).

Já a modalidade de concessão administrativa de parceria público-privada, nos termos do art. 2º, §2º da Lei nº 11.079/04, consiste “no contrato de prestação de serviços de que a Administração Pública seja a usuária direta ou indireta, ainda que

envolva a execução de obra ou o fornecimento e instalação de bens” (BRASIL, 2004).

Nesta espécie de concessão não se fala em “serviço público em sentido estrito”, nos termos contemplados pela modalidade patrocinada, justamente por se pretender delegados serviços públicos em “sentido amplo”, em que a Administração faz o papel de usuário para efeito de custeio “integral” da atividade (NIEBUHR, 2007, p. 90). Assim, tanto pode ter um serviço público por objeto como outros serviços de que a Administração seja usuária (direta ou indireta) (MONTEIRO, 2011, p. 88).

Vale ressaltar, neste momento, a diferença entre as duas modalidades de parceria público-privadas contempladas pela Lei. Enquanto que na modalidade patrocinada a remuneração do parceiro privado é composta, simultaneamente, de tarifas pagas diretamente pelos usuários e de contraprestação pecuniária do parceiro público, na modalidade administrativa quem remunera integralmente o parceiro privado é o parceiro público. De todo modo, a receita do ente privado, geralmente, está associada a determinados indicadores de desempenho devidamente definidos no contrato de PPP.

Já o tratamento dado ao risco nas parcerias público-privadas é apontado como um dos traços mais relevantes, diferenciando estas parcerias das demais espécies de contratação e da concessão comum. Neste novo formato de concessão, há o compartilhamento de parte dos riscos entre os parceiros, operado através da repartição objetiva dos riscos entre as partes. Isso significa que a repartição será feita em cada contrato, devendo sempre respeitar a regra de alocação de risco ao agente mais apto a gerenciá-lo (PECI; SOBRAL, 2007, p. 09).

Ademais, não se pode perder de vista que a estrutura financeira de um projeto de PPP segue a lógica de um project finance, em que parcela substancial do financiamento advém de empréstimos bancários (ou emissões de dívida em mercado de capitais) que têm no fluxo de receitas do projeto a garantia do serviço da dívida. Por outro lado, uma parcela muito pequena desses investimentos é financiada por meio de capital próprio dos acionistas (internacionalmente a relação dívida/capital próprio situa-se em torno de 90/10) (SILVA, 2005, p. 25).

De todo modo, é insofismável a pressão que o Estado sofre em suas finanças, seja pelos limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), seja pelo mercado global de capitais. Além do que, os investimentos em infraestrutura consomem recursos em montantes vultosos, somado ao fato dos financiamentos públicos também estarem sujeitos à classificação de crédito, de modo que, excessivos

empréstimos públicos podem ser penalizados na forma de aumento dos custos de financiamento. Daí muitos doutrinadores e economistas enxergarem as PPPs e seu modelo de financiamento como alternativas de desafogar as finanças do Estado (TOMS; BECK; ASENOVA; 2011, p. 668-681). Mas este não é um entendimento pacífico.

Marcos Cintra (2014, p. 52) aponta a percepção geral do Estado como produtor de todos os serviços públicos prestados à sociedade como um dos entraves que dificultam a efetivação do potencial das PPPs. Consequentemente, isso gera uma “grande resistência, pois persiste o preconceito arraigado de que cabe exclusivamente ao Estado fornecer tudo o que a sociedade necessita, mesmo que seja gritantemente visível sua incapacidade financeira para atender a todas essas necessidades”.

Ademais, existe uma condição que contribui para a maior complexidade de um projeto de PPP. “Conciliar a defesa do interesse público com os objetivos de lucro da atividade privada é um verdadeiro desafio” (REDOSCHI, 2014, p. 76). Logo, para salvaguardar o interesse público faz-se necessária a adoção de medidas, tais como a proteção social e ao meio ambiente, responsabilidade fiscal, concorrência, publicidade e transparência, ao mesmo tempo que devem ser asseguradas ao parceiro privado condições de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro da concessão, bem como do retorno dos investimentos realizados.

Para um breve apanhado geral acerca das mais importantes características e procedimentos da PPP, conforme a Lei Federal 11.079/2004, convém trazer à baila os apontamentos feitos por Mariana Carrera (2012, p. 41-43), que elenca dentre eles:

- O Comitê Gestor da Parceria Público-Privada (CGP), instituído pelo Decreto n. 5.385/2005: tem a competência para selecionar os projetos de PPP prioritários, fixar os procedimentos para celebração dos contratos, autorizar a abertura de licitação e aprovar seu edital (PORTUGAL; PRADO, 2007).
- O Fundo Garantidor das PPP (FGP): criado na tentativa de garantir ao parceiro privado o pagamento, por parte do setor público, das obrigações pecuniárias assumidas em virtude das PPP. Este fundo tem natureza privada e patrimônio próprio – formado pelos valores, bens e direitos integralizados pelos quotistas. Como se trata de pessoa de direito privado, a execução judicial de seus débitos não está sujeita aos contingenciamentos e limitações da administração pública (SUNDFELD, 2005).
- O processo de licitação: poderá seguir a modalidade de concorrência, regulada pela Lei Federal no 8.666, de 21 de junho de 1993, ou adotar o procedimento de concorrência-pregão, criado a partir da Lei Federal 10.520/02 (SUNDFELD, 2005).
- A Lei das PPPs: prescreve que a abertura do processo licitatório está condicionada à submissão de minuta de edital de licitação e de contrato a consulta pública. O prazo mínimo para que qualquer pessoa apresente sugestões é de 30 dias (SUNDFELD, 2005).
- Os critérios de julgamento de propostas: baseiam-se na análise dos critérios técnicos e propostas econômicas. Segundo o art. 12, § 2o da Lei das PPPs,

os critérios técnicos devem garantir a maior objetividade possível, mediante ato motivado com base em exigências, parâmetros e indicadores de resultados pertinentes ao objeto, definidos com clareza e objetividade no edital (SUNDFELD, 2005).

- O contrato: deve especificar metas de desempenho definidas pelo parceiro público ao parceiro privado, uma vez que os projetos de PPP têm como princípio a gestão por resultados. É comum vincular o pagamento da contrapartida pública à consecução desses padrões de qualidade (PORTUGAL; PRADO 2007).

- O valor máximo da proposta econômica: definido de forma a não ser superior à média de custo da pesquisa realizada em serviços da administração pública e do setor privado e, ao mesmo tempo, ser compatível com os custos da gestão, a fim de garantir o equilíbrio econômico-financeiro do projeto (PORTUGAL; PRADO 2007).

- O setor privado: participa sob a forma de um consórcio, criado para implantar e administrar o projeto da PPP. Esse consórcio tem como principal objetivo melhorar a distribuição de riscos. E, geralmente, envolve uma empresa da área de construção civil, uma empresa operadora de serviços, e outras empresas com qualificações específicas para atender ao contrato (PORTUGAL; PRADO 2007).

- O consórcio constituído na forma de Sociedade de Propósito Específico (SPE): tem o objetivo de facilitar a fiscalização por instituição pública competente (SUNDFELD, 2005).

Ademais, vale ressaltar que a necessidade de gerar compromissos financeiros estatais firmes e de longo prazo motivaram a criação das novas modalidades de concessão contempladas pela Lei das PPPs, conforme assevera Sundfeld (2011, p. 25). Este discurso, pois, é retratado no art. 2º, § 4º da referida lei, que prescreve limitações à aplicação do contrato de parceria público-privada.

Em suma, veda-se a utilização da parceria público-privada para projetos cujo valor seja inferior a dez milhões de reais (de acordo com a redação dada pela Lei n. 13.529, de 2017, a qual reduziu o valor mínimo de vinte milhões de reais previsto anteriormente), com período de prestação do serviço inferior a cinco anos, e que tenha como objeto único o fornecimento de mão-de-obra, instalação de equipamentos ou a simples execução de obra pública.

Impende destacar, ainda, que, para a implementação de um projeto de PPP, são necessários estudos técnicos (mensuração e projeção da demanda, projeto operacional, indicadores de desempenho e programa de investimento); estudos de viabilidade econômico-financeira (modelo econômico-financeiro, modelo de negócio, estrutura de financiamento e análise de risco); e estudos jurídicos (modelagem jurídica, edital e contrato) (CARRERA, 2014, p. 56).

Recentemente, em agosto de 2012, o governo federal editou a Medida Provisória (MP) 575, com o objetivo de flexibilizar e incentivar o uso das PPPs como instrumento de financiamento e operação de projetos de investimentos, com enfoque

de natureza pública, em seguida convertida na Lei n. 12.766/2012.

Dentre os pontos centrais desta MP destacam-se: a possibilidade de haver aporte de recursos financeiros públicos durante a fase de construção; a diferença entre o pagamento do PIS (Programa de Integração Social), COFINS (Contribuição para Financiamento da Seguridade Social) e da CSLL (Contribuição Social sobre o Lucro Líquido); uma maior garantia ao parceiro privado no recebimento das faturas emitidas por meio do acionamento do Fundo Garantidor das Parcerias (FGP); definição de limites temporais para o parceiro público aceitar ou rejeitar as faturas emitidas pelo concessionário; a responsabilização civil, administrativa e penal do agente público que contribuir para a ausência de aceite ou rejeição da fatura após um período de tempo preestabelecido (40 dias); elevação do teto da receita corrente líquida de 3 a 5% que Estados, Municípios e o Distrito Federal podem incorrer anualmente com o pagamento das despesas de caráter continuado referentes às parcerias (BRASIL, 2012).

Finalmente, registre-se que a Lei 11.079/2004 não determina qualquer área ou setor prioritário para a contratação de parcerias público-privadas, havendo apenas a vedação à delegação das funções regulatórias, jurisdicionais, do exercício do poder de polícia e de outras atividades exclusivas do Estado (art. 4º, III) (BRASIL, 2004).

Pois bem. Da análise deste dispositivo verifica-se que não há menção à vedação de prestação do serviço público de saúde. Como já se sabe, o ordenamento jurídico brasileiro reservou o regime de prestação sob gratuidade para os serviços públicos de saúde, fundado nos princípios do SUS. Sendo gratuito, e sendo dever do Estado seu fornecimento à coletividade, o desempenho desses serviços poderá ser trespassado à esfera privada mediante contrato de parceria que não detenha regime tarifário a ser pago pelo usuário.

Partindo-se desta premissa, não há que se falar em concessão patrocinada para prestar tais serviços, já que esta modalidade concessória depende de remuneração do usuário do serviço, ainda que esta seja complementada pelo Estado. Resta, pois, a concessão administrativa, a qual “traz nova alternativa no que diz com o seu modo de prestação, viabilizando a gestão descentralizada (à atividade privada) daquelas atividades que, titularizadas pela Administração, estão marcadas por uma missão de universalização e socialização” (GUIMARÃES, 2013, p. 186).

Porém, deve-se ter em mente que o cabimento da concessão administrativa para a prestação dos serviços de saúde suscita objeções no que concerne a prestação

dos próprios serviços médico-hospitalares pela concessionária. Em vista desta discussão, a questão será adiante aprofundada.

4.2. A delegação de serviços de saúde: uma análise da possibilidade da transferência da atividade-fim da Administração Pública

O artigo 197 da Constituição Federal⁴⁶ contém determinação expressa para que a prestação de serviços de saúde seja executada diretamente pelo Estado ou por terceiros, referindo-se à própria atividade-fim do Estado, especificamente ao seu dever de prestar serviços de saúde a quem deles necessitar.

Em seguida, o parágrafo primeiro do art. 199 da CF⁴⁷ traz as hipóteses de delegação de serviços públicos de saúde por meio de contratos de direito público e convênios.

Neste sentido, pode se inferir que, como “os serviços públicos são relacionados a atividades-fim da Administração Pública”, como bem lembra Mânica (2010, p. 195), o referido dispositivo constitucional admite, sim, “a delegação de uma atividade-fim do Estado, o serviço público de saúde, por meio de diversos modelos de ajuste”.

Tecendo considerações sobre o tema, Mânica (2012, p. 22) arremata que

a complementaridade da participação privada nos serviços de saúde conduz, portanto, ao reconhecimento da possibilidade de delegação de serviços públicos de saúde a particulares, a ser instrumentalizada por meio de ajustes celebrados com a iniciativa privada, os quais podem ter como objeto: (i) um serviço ou um grupo de serviços internos relacionados à atividade-fim de uma entidade ou órgão público prestador de serviços de saúde; (ii) a prestação de serviços por uma unidade privada dotada de infra-estrutura apta ao desenvolvimento das atividades ajustadas; ou (iii) toda a gestão de uma unidade pública de saúde – incluindo, obviamente, atividades-fim, atividades-meio e atividades acessórias.

Há, porém, quem entenda, como Beatrice da Silva (2007, p. 254-260), pela impossibilidade de os serviços de saúde, realizados no âmbito do SUS, serem delegados à iniciativa privada, por meio do instituto da concessão, inclusive nas novas

⁴⁶ Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. (BRASIL, 1998).

⁴⁷ Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. (BRASIL, 1988).

modalidades de concessão previstas na aludida Lei 11.079/2004 – concessão patrocinada e concessão administrativa. Em sua concepção, “o objetivo da participação da iniciativa privada no SUS não é ampliar ou tornar mais eficientes e racionais os serviços públicos de saúde, mas exclusivamente suprir as deficiências da rede pública em determinado momento e em determinado lugar” (2007, p. 255).

Em que pese o respeitável posicionamento defendido por esta autora, é equivocado atrelar a participação da iniciativa privada à comprovação da real necessidade de prover a rede pública de saúde de determinado serviço que esta não logrou dispor. Há que se pensar, sim, na eficiência dos serviços públicos de saúde, principalmente se a prestação direta pela Administração se apresentar deficiente.

Desde já, deixa-se claro que a hipótese de delegação não exime os prestadores privados do respeito às diretrizes do sistema público de saúde (SUS), definidas tanto na própria Constituição Federal, quanto na lei (MÂNICA, 2010, p. 196-197).

Fernando Vernalha Guimarães (2013, p. 189-190), indo além, aponta que a possibilidade de empresas privadas atuarem como gestora de estabelecimentos hospitalares abrangendo a prestação dos serviços médicos inerentes, integrando-se esse escopo numa parceria mais abrangente, envolvendo a concepção e construção da infraestrutura necessária, já vem ocorrendo em âmbito internacional.

A partir daí, tendo como parâmetro a experiência internacional, este autor passa a defender o pensamento de que a concessão administrativa de serviços sociais (caso da saúde) permite que o parceiro privado, responsável pela construção de estabelecimentos hospitalares, seja encarregado também da gestão do desempenho dos próprios serviços médico-hospitalares (GUIMARÃES, 2013, p. 190-191). É a execução da atividade-fim do Estado!

É em relação a esta transferência que muitos autores divergem. Há um pensamento, por uma parte da doutrina e alguns órgãos de controle, de que as atividades-fim do Estado devem ser por ele executadas, através de pessoas organicamente vinculadas à Administração, sob o fundamento do princípio do concurso público (GUIMARÃES, 2013, p. 191-192).

De forma genérica, Flávio Amaral Garcia (2009, p. 23-24) pontua que

as concessões comuns de serviços públicos, as concessões patrocinadas e administrativas, os contratos de gestão e os termos de parceria celebrados no âmbito do terceiro setor são exemplos típicos de ajustes nos quais o estado delega atividades finalísticas, sem que esse critério seja cogitado como impeditivo.

De igual forma, expressa Guimarães (2013, p. 197) que “não há óbice a que as atividades-fim possam ser objetos de delegação por meio de PPPs ou por outras vias de contratação administrativa. A restrição, como dito, alcança apenas as chamadas atividades indelegáveis, relacionadas ao exercício de poderes estatais”. Não há que se falar em reserva de concurso público para as atividades-fim do Estado, pois o legislador constitucional assim não o fez quando autorizou a delegação dos serviços públicos econômicos (art. 175).

É indiscutível que a organização da atividade médica possui características próprias, decorrentes de seu processo de trabalho e do ambiente em que se insere, o que faz dela “uma das atividades mais complexas do mundo organizacional” (LIMA, 1996, p. 104).

Contudo, não se pode perder de vista que a exigência de concurso público prevista no art. 37, inciso II, da CF⁴⁸ estabelece o pressuposto lógico da “contratação de pessoa apta” a integrar a estrutura orgânica da Administração para o desempenho de função em regime de dependência e subordinação hierárquica. Trata-se, portanto, de uma relação institucional. Diferentemente é a norma insculpida no art. 37, inciso XXI, da CF⁴⁹, a qual prescreve sobre a contratação administrativa, tendo por pressuposto lógico a necessidade ou conveniência do Estado na aquisição de certo serviço/compra (GUIMARÃES, 2013, p. 193-194).

Logo, considerando o que consta expresso no artigo 197 da Constituição Federal e considerando que a exigência de concurso público é voltada à contratação de servidores públicos e não de toda e qualquer prestação a ser fornecida pelo Estado - em especial no caso da saúde, em que a própria Constituição prevê hipótese diversa – não resta fundamento ao argumento de que a contratação de médicos (prestadores de serviços técnicos, profissionais e especializados), para o desenvolvimento de suas atividades no interior de uma unidade pública de saúde, configura atentado ao

⁴⁸ Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte: II - a investidura em cargo ou emprego público depende de aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade do cargo ou emprego, na forma prevista em lei, ressalvadas as nomeações para cargo em comissão declarado em lei de livre nomeação e exoneração; (BRASIL, 1988).

⁴⁹ XXI - ressalvados os casos especificados na legislação, as obras, serviços, compras e alienações serão contratados mediante processo de licitação pública que assegure igualdade de condições a todos os concorrentes, com cláusulas que estabeleçam obrigações de pagamento, mantidas as condições efetivas da proposta, nos termos da lei, o qual somente permitirá as exigências de qualificação técnica e econômica indispensáveis à garantia do cumprimento das obrigações (BRASIL, 1988).

princípio do concurso público.

No mesmo sentido, se reportando às decisões do STF (ADI 1923 e RE 588.481), Mânica (2016, p. 215-252) levanta a falsidade do argumento de que as parcerias afrontam a exigência de concurso público, e aduz que é possível a opção pela criação de cargos públicos para o exercício de todas as funções envolvidas em um hospital – da portaria à UTI, como também é possível a celebração de parcerias para que o parceiro privado gerencie todas essas funções.

Por derradeiro, a prestação de serviços por servidores concursados nem sempre se revela possível (ou mesmo mais adequada) à efetiva prestação do serviço público de saúde. Desse modo, a própria parceira-privada pode contratar médicos e demais profissionais da área da saúde, afinal, o serviço de saúde pública não é atribuição exclusiva do Estado, tampouco atribuição exclusiva de servidores ou empregados públicos.

4.3. As Parcerias Público-Privadas no setor da saúde

A provisão de serviços públicos de saúde tem sido, constantemente, objeto de preocupação, gerada pelo aumento progressivo da demanda e, conseqüentemente, pela necessidade de oferta pelo Poder Público, como afigura-se, pois, a situação brasileira.

Tal qual já abordado, o Brasil, como muitos outros países, vem enfrentando um crescimento acentuado da demanda, impulsionado pelas políticas de universalização da saúde, que geram aumento de cobertura, e pela melhoria na expectativa de vida, que implica no envelhecimento da população e sua necessidade de tratamentos prolongados. Acrescentam-se, ainda, o crescimento dos custos da prestação de serviços, vinculados à incorporação de novas e mais sofisticadas tecnologias médicas, medicamentos, exames e tratamentos.

Por outro lado, há uma intenção do governo em controlar os gastos públicos, como forma de evitar déficits orçamentários, e manter serviços essenciais financiados ao alcance das disponibilidades dos cofres públicos, seja a nível nacional, como também no âmbito regional e local.

Assim, para amenizar os problemas causados pelo aumento de custos na saúde, novas estratégias têm surgido na tentativa de superar a carência dos serviços públicos do setor, bem como na busca por ganhos de qualidade e eficiência.

Nesta conjuntura, então, nota-se que a contribuição dos particulares no setor da saúde tem se tornado uma constante e assumido caráter de permanência, já que a capacidade instalada, isto é, a infraestrutura dos entes públicos se apresenta cada vez mais deficitária, afinal o Brasil não tem investido o volume de recursos suficiente para sustentar um sistema público, gratuito e universal.

Em verdade, os diversos modelos de prestação de serviços de saúde que podem ser extraídos dos dispositivos constitucionais que regulam a matéria, seja pela via direta, ou indireta por contrato de direito público ou por convênio, devem refletir a melhor escolha do Administrador Público para o atendimento do setor e, por assim dizer, que mais eficientemente concretizem o direito fundamental da saúde.

Há, portanto, uma expectativa de que o Administrador Público priorize o próprio princípio da eficiência. Como, “em geral, a gestão da saúde nos mercados privados e filantrópicos tem se mostrado mais eficiente, eficaz e resolutiva do que as formas tradicionais de gestão utilizadas no setor público”, sempre que possível for, o Poder Público deve recorrer a parcerias com o setor privado, seja este lucrativo ou filantrópico, que aumentem a eficiência na entrega de serviços de saúde em benefício da população (MEDICI, 2011, p. 70).

Cumprir lembrar, neste ponto, que a razão principal para a contratação das PPPs é a busca por eficiência para o serviço público. Então, poder-se-á vislumbrar o uso das concessões administrativas na saúde pública e, quiçá, para os serviços clínicos, desde que se mostrem no caso concreto como o instrumento contratual mais viável para a concretização do direito social que se pretende alcançar.

Fernando Fuentes (2015, p.19) traz algumas reflexões acerca das parcerias público privadas na gestão de centros e serviços sociais de saúde, a saber:

1. Las PPP se presentan como instrumentos de mejora potencial de la eficiencia en la prestación de los servicios sanitarios y sociosanitarios.
2. En épocas (como ésta) de fuerte restricción presupuestaria, las PPP aumentan su atractivo para los responsables públicos, que llegan a verlas como “la única alternativa factible”.
3. El recurso a las PPP ha sido dispar en Europa, y España destaca por el alcance de los procesos de externalización, desde un punto de vista cualitativo y por la ausencia de un modelo uniforme.

É imperioso destacar que, nos últimos vinte anos, houve um crescimento exponencial das PPPs na área da saúde no âmbito mundial. Em especial, os países da Organização de Cooperação para o Desenvolvimento Econômico (OCDE) e os países em desenvolvimento como os BRIC (Brasil, Rússia, Índia, China, e ainda África

do Sul), têm utilizado as PPPs na saúde como forma de financiar a infraestrutura que o Estado, por si só, não consegue custear integralmente, principalmente diante da complexidade e dos custos dos serviços de saúde (MEDICI, 2011, p. 71) .

Ademais, nota-se que o Banco Mundial, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e outras organizações internacionais, como a OMS, têm sido grandes incentivadores para a implantação das PPPs, em geral. No setor da saúde, têm estimulado a existência não só nas áreas assistenciais, como também na produção de imunobiológicos, fármacos e outros insumos de saúde.

4.3.1. Modelos bata cinza e bata branca

Como já dito, a prestação dos serviços de saúde pode ser realizada através de concessão administrativa. Contudo, não se pode perder de vista que as contratações na área da saúde, por esta via, exigem do parceiro privado, obrigatoriamente, a construção, reforma ou fornecimento de equipamentos da unidade de saúde em questão.

Em conjunto com o investimento a ser realizado no desenvolvimento da infraestrutura pública hospitalar, o parceiro privado deverá prestar os serviços que houverem sido delegados pelo parceiro público, previstos como objeto da concessão administrativa. Não se pode olvidar que o escopo contratual varia conforme a intenção do parceiro público delegar ao parceiro privado a execução dos serviços a seu dispor.

Como bem observa André Medici (2011, p. 73), há uma variedade de modalidades contratuais com distintos objetos, instituídas em diversas situações. A título de exemplo, podem ser citados os contratos de PPP para: a construção de instalações de saúde, a provisão de serviços não clínicos, a prestação de serviços de atenção primária, a provisão de serviços de apoio diagnóstico, a provisão de serviços clínicos especializados e a gestão hospitalar.

Neste ponto, é de vital importância a este estudo atentar-se para uma classificação presente na linguagem sanitária, mas ainda pouco explanada na doutrina “comum”, acerca dos serviços prestados no âmbito hospitalar.

Não obstante a literatura sobre esta classificação ainda ser escassa, em suma, pode-se dizer que a gestão dos serviços de apoio e manutenção, como segurança, limpeza, conservação, hotelaria e lavanderia é conhecida como “bata cinza”; enquanto a gestão dos serviços clínicos, prestados por profissionais da área médica, é

conhecida como “bata branca” (MÂNICA, 2016, p. 215-252).

Segundo Fernando Fuentes (2015, p. 04),

Existen, básicamente, dos modalidades de colaboración público privada⁵⁰ en el ámbito sanitario y social:

- Colaboración mediante la concesión de obra pública o “modelo inglés” (private finance initiatives – PFI).
- Colaboración mediante concesión administrativa para la gestión (integral o no) de los servicios sanitarios o “modelo Alzira” (modelo español).

Na visão deste autor espanhol (2015, p. 04-16), a concessão administrativa de serviços “bata cinza” corresponde ao contrato de concessão de obra (e ao modelo inglês do PFI), enquanto que a concessão administrativa de serviços “bata branca” corresponde ao contrato de concessão administrativa de gestão, também denominada de modelo Alzira (em referência ao primeiro hospital espanhol que incorporou em seu objeto os serviços médicos).

De toda sorte, do ponto de vista jurídico, conforme entendimento já explanado, são admitidas no Brasil parcerias público-privadas tanto para serviços “bata cinza” quanto para serviços “bata branca”.

Ademais, impende destacar que a lógica financeira de um project finance adotada pelos contratos de PPPs, em geral, afim de ampliar a capacidade de investimento do Estado, foi responsável pelas primeiras experiências no setor de saúde terem alcançado apenas os serviços “bata cinza”, relacionados à exploração da infraestrutura da unidade de saúde em si (MÂNICA, 2016, p. 215-252).

Tempos depois, foi concretizada a primeira experiência de PPP do tipo “bata branca” no Hospital de Alzira, na Espanha. No Brasil, este modelo foi adotado pelo Hospital do Subúrbio, na Bahia.

Por sua vez, cumpre lembrar que na concessão administrativa dos serviços “bata-branca” fica mantida sua qualificação como “serviço público”, de modo que todos os princípios do SUS e todos os princípios do serviço público devem ser observados pela empresa concessionária.

Verifica-se, por fim, que os modelos de parcerias na área da saúde estão sendo expandidos cada vez mais em todo o mundo, com destaque para Reino Unido, Portugal e Espanha. Estes três países possuem sistemas nacionais de saúde

⁵⁰ Esclarece-se que o autor utiliza a expressão “Colaboración Público Privada” (CPP) para designar a PPP - public-private partnerships, que “constituyen una modalidad de gestión privada de los servicios públicos basada en: un acuerdo contractual entre el financiador público y un proveedor privado, con ánimo de lucro; la gestión del servicio y de los recursos; cierto grado de reparto de riesgos” (FUENTES, 2015, p. 03).

similares com o Brasil, tendo, inclusive, influenciado a concepção do Sistema Único de Saúde no país.

Em vista disso, partir-se-á para uma breve análise da implantação das PPPs na área da saúde naqueles países.

4.3.2. As Parcerias Público-Privadas na área da saúde no cenário internacional

As experiências internacionais foram salutaras para a implementação das PPPs no Brasil, merecendo, pois, um sucinto relato de seus casos.

É inegável a importância do Reino Unido na matéria, não só pelo seu pioneirismo na institucionalização financeira e jurídica e dos arranjos das PPPs, mas, principalmente, pela relativa semelhança que tem esse país e o Brasil no que diz respeito às trajetórias de reforma do Estado percorridas, respectivamente, nas décadas de 80 e 90 do século passado.

Segundo discorre Coutinho (2011, p. 51), tanto o Brasil como o Reino Unido passaram, e passam ainda hoje, em grande intensidade, “por experiências de privatizações, terceirizações, “liberalizações em geral”, com ou sem posterior regulação, bem como parcerias”.

Ademais, para Malik e Barbosa (2015, p. 06),

a utilização das PPPs como mecanismo de financiamento da renovação de infraestrutura de saúde teve no Reino Unido forte incremento nas décadas subsequentes à implantação dos PFI. Até 1997, de um volume de 47 estudos submetidos ao governo britânico, inexistiam projetos relativos a estruturas de saúde. Em 2003, 16% dos projetos existentes no HM Treasury se destinavam ao setor, entre hospitais, unidades de atenção primária e serviços de apoio clínico. Estima-se que até 2010 ocorreram 277 projetos de construção e implantação de serviços assistenciais em saúde representando investimentos superiores a £ 20 bilhões.

Neste ponto, é imperioso destacar que os modelos de PPPs firmados na área da saúde no Reino Unido não alcança os serviços clínicos (bata branca), ou seja, os contratos referem-se exclusivamente ao tipo “bata cinza”.

Deste modo, as PFIs financiam infraestrutura, serviços de manutenção e apoio nos hospitais (bata cinza), “mediante contratos de arrendamento, além de reformas e construções, não apenas em hospitais”. Esse elenco de atividades vem aumentando, “incluindo outros serviços de apoio e cirurgias eletivas” (ALMEIDA, 2017, p. 07).

Todavia, segundo Fuentes (2015, p. 19), “el modelo PFI ha mostrado debilidades allí donde se ha aplicado de modo más intensivo (Reino Unido): más

costes, menos flexibilidad, ausencia de transferencia de riesgos”.

No caso de Portugal, não se pode esquecer que o país tem sido submetido, nos últimos anos, a um esforço de disciplina fiscal por meio de programas para reduzir déficits orçamentários, mas ainda enfrenta um problema crônico de finanças públicas muito enfraquecidas e dificuldades severas na administração do gasto público (COUTINHO, 2011, p. 76).

Na área da saúde, o Governo Português tem usufruído dos modelos de PPPs para conter os déficits orçamentários e obter a racionalização das funções de financiamento e contratação e da função de prestação de cuidados de saúde. Em agosto de 2002 foram anunciadas a criação de 10 novos hospitais sob a forma de PPPs. Além disso, “medidas legislativas têm sido tomadas para alterar o Serviço Nacional de Saúde, de modo a que possa haver operação privada de hospitais” (COUTINHO, 2011, p. 76).

Nesta vereda, no Decreto-Lei 185/2002, o qual define o regime jurídico das parcerias em saúde com gestão e financiamento privados, assume particular destaque para a reforma da saúde o estabelecimento, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, de parcerias público/privado através da concessão da gestão de unidades prestadoras de cuidados a entidades privadas ou de natureza social ou pelo investimento conjunto entre estas entidades e o Estado. Isto em conformidade com os princípios de eficiência, responsabilização, contratualização e de demonstração de benefícios para o serviço público de saúde (PORTUGAL, 2002).

Além disso, o Decreto-Lei prevê o contrato de gestão como um instrumento de natureza concessória que tem por referencial um estabelecimento de saúde prestador, podendo através dele o Estado associar privados na prossecução do serviço público de saúde com transferência e partilha de riscos e recurso a financiamento de outras entidades. Este contrato de gestão, pois, reveste a natureza de verdadeiro contrato de concessão de serviço público (PORTUGAL, 2002).

Atualmente, o programa português de PPPs na saúde contempla os dois modelos, tanto a “bata cinza”, quanto a “bata branca”.

No primeiro modelo, o objeto da parceria restringe-se à construção e gestão do estabelecimento hospitalar, sendo a gestão dos serviços médicos mantida pelo Poder Público, por meio do Serviço Nacional de Saúde – SNS. Já no segundo modelo, a estruturação da parceria envolve dois contratos de PPPs distintos: um para a construção e administração do prédio hospitalar, por um prazo de 30 anos, enquanto

o outro contrato alberga a gestão dos serviços médicos, pelo prazo de 10 anos, sendo pago pela produção médica em condições similares aos hospitais públicos do SNS (REIS; SARMENTO, 2013, p. 148-149).

Desta feita, verifica-se que em Portugal a contratualização dos serviços “bata branca” no âmbito das PPPs tem como base legal dois ajustes distintos, voltados especificamente para o desenvolvimento e operação de infraestrutura e para a gestão dos serviços médicos.

Dentre os hospitais públicos geridos por parcerias público-privadas em território português, podem ser relacionados as unidades de Loures, Cascais, Braga e Vila Franca de Xira (primeira geração) e as unidades de Lisboa Oriental, Faro (Hospital Central do Algarve), Seixal, Évora, Vila Nova de Gaia e Póvoa do Varzim/Vila do Conde (segunda geração) (MÂNICA, 2016, p. 215-252).

Na Espanha, a maioria das PPP segue o modelo das concessões e dos contratos da administração pública; o processo é complexo e consiste em cinco etapas: pesquisa, estudos de viabilidade e esboço das condições contratuais, abertura do projeto aos interessados, processo de licitação e escolha. (ALMEIDA, 2017, p. 07-08). Abrange a concepção, construção, financiamento da nova unidade hospitalar e a concessão da prestação dos serviços clínicos, além de prever a transferência da unidade hospitalar para o setor público nos termos do contrato ao final do período determinado (MEDICI, 2011, p. 77).

A sua primeira PPP no setor de saúde teve início com a construção e gestão do Hospital de Alzira, inaugurado em 1999. Inicialmente o objeto do contrato englobava a construção do Hospital e gestão dos serviços clínicos e não clínicos, pelo prazo de 10 anos, com possibilidade de renovação por até 15 anos. Mas, por razões de inviabilidade financeira do projeto, o contrato foi rescindido em 2003, sendo substituído por um segundo contrato, que incluiu no mesmo ajuste tanto os serviços “bata cinza” quanto os serviços “bata branca”. Essa modelagem de PPP ficou conhecida como “modelo Alzira”. (MÂNICA, 2016, p. 215-252).

A partir de 2006, coexistem dois modelos de PPPs em saúde: concessão de obras, onde o poder público é proprietário dos ativos e gerencia os serviços de saúde diretamente, cabendo à iniciativa privada a gestão dos serviços de manutenção e apoio administrativo; e concessão de serviços públicos, onde os ativos são de propriedade pública e os serviços clínicos fazem parte da contratualização, sendo o parceiro privado remunerado per capita de população adscrita (BARBOSA; MALIK,

2015).

Entre os principais exemplos do modelo estão as regiões administrativas de Valência e de Madri. O Programa de Saúde de Madri representou o maior investimento em PPP na saúde da Espanha no período de 2003 a 2007, com a construção de oito novos hospitais e a reestruturação de alguns já existentes, integrados por um sistema de registro eletrônico, uma central diagnóstica e uma base laboratorial comuns, além da gestão dos serviços clínicos e não clínicos, por um período de concessão de 30 anos. Em 2011, este programa era responsável pela cobertura de 6 milhões de usuários em 32 hospitais, 420 unidades de cuidados primários, 33 centros ambulatoriais e um sistema de atendimento às urgências e emergências (CARRERA, 2014, p. 64).

Além do Hospital de Alzira, possuem contratos “bata branca” e “bata cinza” também os hospitais de Valdemoro, Torrejón, Móstoles, Colado-Villalba, Torrevieja, Denia, Manises e Elche (FUENTES, 2015, p. 16).

Por sua vez, com alguma variação, pode-se perceber que Estados com diferentes ordenamentos jurídicos e variadas realidades socioeconômicas e sanitárias, como Suécia e Finlândia, México e Egito, Inglaterra e Alemanha, Uzbequistão e Moldávia, tem adotado o modelo de parcerias público-privadas como modelo de gestão necessário à devida prestação de serviços de saúde.

Recentemente a Corporação Internacional de Financiamento do Banco Mundial (IFC) divulgou um conjunto de experiências nas quais o Banco Mundial tem apoiado a realização de PPPs em saúde em países em desenvolvimento como: no Egito, financia a construção e gestão de dois novos hospitais e um banco de sangue; no México, financia dois novos hospitais do Instituto de Saúde e Previdência dos Trabalhadores do Estado; no Uzbequistão financia a operação de quatro centros de diagnóstico; e em Moldávia financia a Unidade de Radioterapia para pacientes com câncer. Além disso, o IFC ainda financia um projeto de PPP nas áreas de atenção primária no Lesoto (África) para construção de clínicas comunitárias e um Hospital de Referência (MEDICI, 2011, p. 78).

4.3.3. As Parcerias Público-Privadas na saúde pública no Brasil

Deve se ter em mente, antes de mais, que dado o grau de complexidade que abrange a saúde pública, bem como os projetos de parcerias público-privadas, a

proposição de unidades de saúde por meio de PPP exige uma avaliação criteriosa da pertinência de sua implantação e das matrizes de risco e de responsabilidades dos atores envolvidos.

Embora o Brasil ainda não apresente um conjunto extenso de exemplos de PPPs no setor da saúde, o país tem avançado muito nos últimos anos. A primeira PPP da saúde no Brasil é a do Hospital do Subúrbio⁵¹, em Salvador, no Estado da Bahia, inaugurado em 2010, e teve como escopo de projeto a gestão clínica e não clínica, e não fez parte dele a construção do hospital. É o único hospital cuja gestão integral é de responsabilidade da concessionária (serviços clínicos e não-clínicos).

Após a iniciativa com o Hospital do Subúrbio (HS), o Estado da Bahia apresentou outros projetos de concessão administrativa. A segunda PPP, em 2013, foi para a construção e operação de serviços não assistenciais do Instituto Couto Maia (ICOM) – única unidade de referência estadual em doenças infecciosas. Já o terceiro contrato, em regime de concessão administrativa, em 2015, teve como objeto a gestão e operação de serviços de apoio ao diagnóstico por imagem em uma Central de Imagem e em 12 unidades hospitalares integrantes da Rede Própria da Secretaria de Saúde do Estado (SEFAZ/BA, 2019).

A Prefeitura de Belo Horizonte também vem desenvolvendo projetos de PPPs na área da saúde. A PPP do Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro, cujo objeto é a construção, gestão e operação dos serviços não assistenciais do Hospital, teve contrato assinado em 2012 e seu hospital inaugurado em 2015. Já o segundo contrato diz respeito à PPP dos Centros de Saúde, o qual prevê a construção de 77 centros de saúde, sendo 55 em substituição a unidades existentes que não possuem condições adequadas, além de 22 novas unidades. Cada centro de saúde terá capacidade para, no mínimo, quatro equipes da Saúde da Família. O início das obras está condicionado à solução de pendências relativas às garantias contratuais exigidas em contrato (BELO HORIZONTE, 2019).

Já o Estado de São Paulo possui em vigor, desde 2013, uma concessão administrativa para o planejamento, modernização e complementação de equipamentos, operação e manutenção da planta de medicamentos da Fundação para o Remédio Popular (FURP), situada em Américo Brasiliense, para produção de medicamentos genéricos definidos pela FURP, bem como a obtenção dos registros

⁵¹ Este Hospital será o objeto de estudo desta dissertação.

necessários em nome da FURP. Além dessa, há uma outra concessão administrativa para a construção, fornecimento de equipamentos, manutenção e gestão dos serviços não assistenciais em Complexos Hospitalares: Hospital Estadual de Sorocaba, Hospital Estadual de São José dos Campos e Hospital Centro de Referência da Saúde da Mulher – HCRSM (SÃO PAULO, 2019).

Na mesma direção, o Estado do Ceará também firmou contrato no segmento de saúde, na modalidade de concessão administrativa, em 2014, para a construção, fornecimento de equipamentos, manutenção e gestão dos serviços não assistenciais do Hospital Regional Metropolitano do Ceará. Contudo, segundo o site Radar PPP, não houve tramitação do contrato posterior à sua assinatura, visando a execução da obra. Logo, sem a assinatura da ordem de serviço, restou o contrato sem eficácia e sem a produção de efeitos jurídicos, conforme requisito contratual (RADAR PPP, 2019).

Outros Estados e Municípios estão seguindo os passos e iniciando projetos de PPP no setor da saúde. Na análise do Banco Mundial, a demora para implantação de mais projetos no Brasil “faz parte de uma natural maturação do processo de implementação de uma inovação contratual complexa, que implica em transformações nas instituições e no comportamento dos gestores públicos e privados” (CARRERA, 2014, p. 68).

É possível perceber das experiências retratadas acima que, no que tange ao objeto dos projetos de PPPs na saúde pública brasileira, a grande maioria envolve a construção ou reforma e operação dos serviços não assistenciais, excluindo os serviços “bata branca”.

Na opinião de Mânica (2016, p. 215-252), a falta de adesão ao modelo “bata branca” “justifica-se por um motivo bastante conhecido no Brasil: a histórica deficiência da infraestrutura nacional, que atinge de modo contundente o setor de saúde”. Além disso, a exclusão dos serviços clínicos do objeto dos contratos de concessão administrativa diminui a complexidade da avença, pois nessa hipótese a disciplina contratual e a engenharia econômico-financeira restringem-se à amortização do investimento e aos serviços de apoio.

É importante salientar que as PPPs em saúde no Brasil encontram-se em estágio de aprendizagem, quer seja para o Poder Público, quer seja para a iniciativa privada. Mas, uma vez ultrapassada a inércia em relação ao novo e, também, o desconhecimento de como o contrato de PPP opera, poder-se-á ter uma perspectiva

de que haja maior utilização do próprio modelo “bata branca”.

De todo modo, no cenário atual do país, questionar-se-á se a implementação de arranjos administrativos como as PPPs para a gestão de unidades e redes de saúde poderá gerar uma melhoria organizacional do SUS, com resultados expressivos no aumento da cobertura assistencial, na melhoria da qualidade do atendimento, no progresso dos indicadores de saúde, na diminuição dos custos e no aumento do controle sobre os serviços. Há uma expectativa de que a resposta seja positiva! É o que se verificará em seguida.

4.4. Estudo de caso: Hospital do Subúrbio

De antemão, deixa-se claro que a previsão de demanda na área da saúde é muito difícil. O estudo da demanda de serviços de saúde possui aspectos muito específicos, e varia segundo as diferentes interpretações, como: a prioridade dada à saúde pela população; a capacidade de um serviço novo gerar demanda; a responsabilidade de exercer a demanda (consumidores, prestadores, governo) (CARRERA, 2014, p. 113).

É indiscutível que os serviços públicos têm por objeto a satisfação das necessidades dos cidadãos, quer do ponto de vista da quantidade, quer do ponto de vista da qualidade do serviço oferecido.

Por sua vez, tem-se a busca por eficiência na prestação dos serviços no setor público a principal razão alegada para a contratação das PPPs. Por essa razão, avaliar-se-á, neste estudo, a eficiência das PPPs na área hospitalar, no modelo “bata branca”, devendo incluir como premissa a análise qualitativa associada a análise quantitativa.

Neste sentido, Ribeiro e Prado (2007, p. 88-89) esclarecem que

na verdade, a contratação das PPPs só se justifica quando os ganhos globais de eficiência esperados a partir dessa formatação contratual superem os custos a serem incorridos na sua estruturação e no acompanhamento, fiscalização e regulação do contrato. Por isso, decidido que um dado projeto é prioritário para o país, o passo seguinte deve ser verificar a conveniência e oportunidade de sua realização sob a forma de PPP. A verificação disso deve ser feita tanto qualitativa quanto quantitativamente. Algumas vantagens da contratação das PPPs dificilmente podem ser sintetizadas por números, senão por meio de levantamentos intrincados ou, mesmo, impossíveis de se fazer.

Logo, os autores destacam que a análise das vantagens e/ou desvantagens da

PPP implica na existência de base de dados que permita comparação de custos de implementação dos projetos.

Deste modo, longe de se enveredar por matizes ideológicas, este estudo cingir-se-á apenas ao caráter técnico e meritório. Para tanto, será realizada uma investigação se o modelo executado pelo Hospital do Subúrbio, em Salvador, único hospital da rede pública de saúde com gestão integral (serviços clínicos e não clínicos) de inteira responsabilidade da concessionária, é mais eficiente quando comparado ao modelo de gestão direta do Estado – Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB).

Nesse norte, por se tratar do único Hospital no Brasil com o escopo da PPP no modelo “bata branca” até o presente momento, o Hospital do Subúrbio será utilizado como objeto deste estudo, no qual buscar-se-á analisar a eficiência da prestação pelo poder público do serviço médico-hospitalar através de uma empresa privada, via contrato de PPP.

Todavia, tal como dito pelos autores Ribeiro e Prado, para a análise da eficiência na gestão da PPP do Hospital do Subúrbio, é necessária a existência de base de dados que permita comparação de custos de implementação dos projetos.

4.4.1. Metodologia

Trata-se de pesquisa qualitativa, direcionada a investigar a eficiência do modelo “bata branca” de Parceria Público-Privada na gestão hospitalar, através do estudo de caso⁵² do Hospital do Subúrbio, com fonte em documentos oficiais já compilados. A eficiência deste modelo será analisada tendo como referência a gestão hospitalar direta do Estado, através do método comparativo, o qual possibilita realizar comparações, com a finalidade de verificar similitudes e explicar divergências (MARCONI; LAKATOS; 2003, p. 107).

Para tanto, o objeto desta pesquisa abrangerá dois hospitais públicos, o Hospital do Subúrbio e o Hospital Geral Roberto Santos, ambos da competência do

⁵² O estudo de caso é um método de pesquisa que geralmente utiliza dados qualitativos, coletados a partir de eventos reais, com o objetivo de explicar, explorar ou descrever fenômenos atuais inseridos em seu próprio contexto. Caracteriza-se por ser um estudo detalhado e exaustivo de poucos, ou mesmo de um único objeto, fornecendo conhecimentos profundos (EISENHARDT, 1989, p. 532-550; YIN, 2009, p. 01-03).

Governo Estadual da Bahia⁵³.

É imperioso destacar, neste ponto, o porquê da escolha dos referidos hospitais.

Como se asseverou alhures, o Hospital do Subúrbio é o primeiro hospital do país gerido exclusivamente por PPP, modelo “bata branca”, permanecendo, até o momento, como o único dessa natureza em funcionamento. É um hospital geral público estadual, de gestão privada, com perfil de urgência e emergência para pacientes adultos e pediátricos (SESAB, 2019).

Localizado no distrito do Subúrbio Ferroviário de Salvador, no bairro do Periperi, o HS beneficia cerca de 1 milhão de habitantes de todo o subúrbio, além da população de outros bairros e municípios da Região Metropolitana de Salvador (SEFAZ/BA, 2019).

Neste momento faz-se necessário uma breve síntese das particularidades do contrato de PPP do Hospital do Subúrbio. Este hospital tem sua gestão, operação e aparelhamento sob a administração do consórcio Prodal Saúde S.A. (integrado pelas empresas Promédica Patrimonial S.A e Dalkia Brasil S.A., atual Vivante S.A.), vencedor da licitação para concessão administrativa, na modalidade de concorrência pública, através de leilão realizado na Bolsa de Valores de São Paulo (BM&FBOVESPA). Com duração de 10 anos, o contrato foi assinado em maio de 2010, com possibilidade de prorrogação por prazo igual ou inferior, no valor de R\$1.035.000.000,00 (um bilhão e trinta e cinco milhões de reais), e suas operações na unidade hospitalar iniciadas em setembro do mesmo ano (SEFAZ/BA, 2019).

Cumprе mencionar, contudo, que a construção da unidade hospitalar não integrou o escopo da Parceria Público-Privada. Por meio de uma concorrência tradicional para contratação de obra pública, o Governo do Estado da Bahia investiu R\$ 54.000.000,00 (cinquenta e quatro milhões de reais) na construção do Hospital do

⁵³ Convém esclarecer que inicialmente pretendeu-se uma análise comparativa envolvendo também o Hospital Geral do Estado da Bahia (HGE-BA), hospital público com gestão direta da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, de média e alta complexidade, com porta aberta para urgência e emergência, sendo referência em traumas e queimados (SESAB, 2019).

Todavia, buscou-se os dados referentes ao hospital em portais da transparência da Secretaria de Saúde da Bahia, entre outros, sem êxito. Por fim, partiu-se para uma visita *in loco*, na data de 25 de janeiro de 2019. Na oportunidade, esta autora foi recebida pela Diretoria Geral do HGE. Em conversa solicitou-se a captação de alguns dados que, em que pese fossem dados “públicos”, não se encontravam à disposição da coletividade para a formulação de pesquisas. Após a narrativa, esta autora se comprometeu a cumprir todo o procedimento administrativo interno do hospital que fosse necessário para a obtenção dos referidos dados. Contudo, em resposta imediata, houve uma negativa por parte da Diretoria Geral do HGE. Sem dados, restou, portanto, inviável a utilização do aludido hospital para a inclusão nesta pesquisa.

Subúrbio, enquanto a concessionária, com a obrigação de equipar, mobiliar e operar a unidade hospitalar, incluindo os serviços médicos prestados, investiu o montante de R\$ 36.000.000,00 (trinta e seis milhões de reais).

Por sua vez, a concessionária, nesta PPP, é remunerada mediante contraprestação pública efetivada mensalmente pelo Governo Estadual, cujo valor é suficiente para pagar todos os investimentos, custos operacionais, despesas e serviços efetivamente realizados. Além disso, há previsão contratual da possibilidade de utilização de outras fontes de receitas extraordinárias (Cláusula 13.2 do Contrato n. 30/2010) (SEFAZ/BA, 2019).

Neste ponto, a PPP do HS introduziu o conceito de pagamento baseado em indicadores, cujo valor da contraprestação mensal efetiva varia de acordo com o cumprimento pela concessionária dos indicadores quantitativos (70%) e dos indicadores de desempenho (30%), por meio da redução proporcional da contraprestação mensal máxima⁵⁴ (teto do valor mensal a ser pago pelo Estado) (SEFAZ/BA, 2019).

Por outro lado, o Hospital Geral Roberto Santos (HGRS) é um hospital geral público, com gestão direta da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Segundo informações da SESAB (2019), o HGRS “compõe a rede assistencial da macrorregião de Leste (Macrorregião Centro Norte), com população de aproximadamente 67.527 (sessenta e sete mil, quinhentos e vinte e sete) habitantes”, sendo considerado o maior hospital público do Estado da Bahia em atendimento de média e alta complexidade.

Os dados foram coletados na base de dados do DATASUS (www.datasus.gov.br), compreendendo o corte temporal da pesquisa – dos anos 2017 e 2018. As informações utilizadas são referentes à produção hospitalar (Sistema de Informação Hospitalar – SIH/SUS), sendo os dados colhidos em abril de 2019.

Além disso, foram consultadas publicações sobre os eixos teóricos do estudo, informações publicadas nos sítios eletrônicos (sites) das Secretarias da Saúde e da Fazenda do Estado da Bahia, relatórios do Hospital do Subúrbio disponíveis no

⁵⁴ Segundo relatório orçamentário da SEFAZ/BA, a contraprestação mensal máxima em 2017 foi de R\$ 16.835.111,33 (dezesseis milhões, oitocentos e trinta e cinco mil, cento e onze reais e trinta e três centavos). Já em 2018, o valor desta contraprestação passou a R\$ 17.414.239,16 (dezessete milhões, quatrocentos e quatorze mil, duzentos e trinta e nove reais e dezesseis centavos) (SEFAZ/BA, 2019).

respectivo site e documentos fornecidos pelo HGRS⁵⁵.

Este período foi selecionado em decorrência da dificuldade na obtenção de alguns dados do Hospital Geral Roberto Santos, o qual limitou-se a fornecer apenas os períodos de 2017 e 2018, alegando a ausência de um sistema uniforme com os dados dos anos anteriores.

Por fim, seguem algumas informações a respeito dos hospitais pesquisados, a fim de conhecer sobre a área de atuação e características gerais destas unidades de saúde.

Quadro 2 – Perfil dos hospitais analisados

Hospital do Subúrbio	Fundação: foi inaugurado em 2010. Área de atuação: perfil de urgência e emergência de média e alta complexidade para pacientes adultos e pediátricos. Número de leitos: 373 leitos censáveis. Coexistem ainda leitos excedentes, não censáveis (leitos operacionais reversíveis) para a situação de superlotação. Taxa de Ocupação: 102,3%.
Hospital Geral Roberto Santos	Fundação: foi inaugurado em 1979. Área de atuação: serviços de urgência e emergência de média e alta complexidade. Centro de Referência de Alta Complexidade em Neurologia. Número de leitos: possui 536 leitos, em média, na sua capacidade hospitalar operacional. Taxa de Ocupação: 82,2%.

Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados da SESAB, da Prodal Saúde e do HGRS (2019).

4.4.2. Indicadores

É sabido que a busca por resultados e a mensuração de desempenho por meio de indicadores foram aspectos que trouxeram inovação na forma de gerir o aparato

⁵⁵Alguns dados referentes ao Hospital Geral Roberto Santos foram obtidos após solicitação administrativa ao Comitê de Ética em Pesquisa do HGRS.

estatal. Essa mudança na forma de gestão originou uma série de custos, uma vez que requereu da Administração Pública capacidade de lidar com essa nova realidade. Não se pode olvidar, contudo, que no início houveram muitas limitações, principalmente na mudança na cultura e, conseqüentemente, na postura dos órgãos públicos.

De todo modo, as habilidades estratégicas promovidas na área da saúde como planejamento, organização, direção e controle, por sua vez, dependem de medidas que verifiquem tanto a quantidade como a qualidade dos serviços oferecidos. Isto é, a mensuração e relação entre dados são essenciais para a averiguação e acompanhamento do trabalho. “As comparações entre metas, fatos, dados, informações, a criação de parâmetros, internos e externos, são peças fundamentais para o conhecimento das mudanças ocorridas em uma instituição, áreas ou subáreas”. (BITTAR, 2001, p. 22).

Embora não seja uma medida direta de qualidade, o indicador é uma ferramenta que ressalta aspectos apresentados nos resultados, os quais apontam necessidade de mudanças. Os indicadores mensuram tanto pontos quantitativos como qualitativos relacionados aos processos, resultados, estrutura e meio ambiente (BITTAR, 2001, p. 22).

De acordo com o SIPAGEH - Sistema de Indicadores Padronizados para Gestão Hospitalar⁵⁶, indicadores

são medidas usadas para ajudar a descrever a situação atual de um determinado fenômeno ou problema, fazer comparações, verificar mudanças ou tendências e avaliar a execução das ações planejadas durante um período de tempo, em termos de qualidade e quantidade das ações de saúde executadas (SIPAGEH, 2019).

Optou-se, neste estudo, pela verificação de cinco indicadores hospitalares utilizados pelo SIPAGEH, que são eles: taxa geral de infecção hospitalar; tempo médio de permanência; taxa de mortalidade; custo da AIH (Autorização de Internação Hospitalar); valor dos serviços hospitalares. Além destes, serão objeto de análise desta pesquisa o certificado de acreditação hospitalar e o controle social.

⁵⁶ O SIPAGEH é um sistema organizado e permanente responsável por avaliar o desempenho dos hospitais, por meio da coleta e tratamento dos indicadores hospitalares. A partir dos resultados alcançados faz-se uma comparação do desempenho de gestão da qualidade assistencial e administrativa. Foi desenvolvido pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), sendo um dentre vários outros projetos que entenderam a importância do acompanhamento e avaliação do desempenho de hospitais por meio da análise de indicadores e a partir desses dados buscam melhores resultados para os serviços de saúde.

Deve se ter em mente que “o desempenho é um conceito multidimensional e paradoxal”; os estabelecimentos hospitalares podem ter bom desempenho numa dimensão e mau desempenho em outra. Desta forma, “quanto mais pluralista a abordagem e mais diversificado o leque de indicadores utilizados, mais robusta será a avaliação do desempenho (MARTINS; BLAIS; LEITE; 2004).

As variáveis analisadas foram baseadas na pesquisa de Vignochi, Gonçalo e Lezana (2014, p. 507), que ao realizarem estudo com o propósito de averiguar a utilização de indicadores de desempenho pelos gestores hospitalares, constataram que os principais indicadores para mensuração de resultados são aqueles que avaliam a qualidade da assistência e a performance econômica do hospital.

Em suma, as variáveis foram selecionadas pelo fato de representarem fatores importantes do desempenho de um hospital: qualidade (média de permanência, taxa de infecção hospitalar, taxa de mortalidade, certificado de acreditação hospitalar); custo operacional (valor médio da AIH, valor dos serviços hospitalares); e controle social.

4.4.3. Análise dos dados

4.4.3.1. Média de Permanência

O tempo médio de permanência (TMP) hospitalar é um indicador que reflete a qualidade da assistência prestada, ou seja, a eficiência técnica dos cuidados aos pacientes (MARTINS; BLAIS; LEITE; 2004) e, conseqüentemente, à maneira de lidar com a gestão do leito hospitalar. Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), representa o tempo médio em dias que os pacientes permanecem internados no hospital.

Está relacionado a boas práticas clínicas. É um indicador clássico de desempenho hospitalar e está relacionado à gestão eficiente do leito operacional. O leito hospitalar deve ser gerenciado como um recurso caro e complexo, o qual deverá ser utilizado de forma racional e com a indicação mais apropriada de forma a estar disponível para os indivíduos que necessitem deste recurso para recuperação da saúde. A média de permanência em hospitais agudos acima de sete (7) dias está relacionada ao aumento do risco de infecção hospitalar (ANS, 2013).

Neste sentido, cumpre esclarecer que a média de permanência das internações são referentes às Autorizações de Internação Hospitalares (AIHs) aprovadas,

computadas como internações, no período (DATASUS, 2019).

Da análise dos dados dispostos nas tabelas 1 e 2, observa-se que o Hospital Geral Roberto Santos apresentou maior tempo médio de permanência quando comparado ao Hospital do Subúrbio. Em 2017, o HGRS atingiu um TMP de 10,26 dias, enquanto o HS obteve um TMP de 7,17 dias, o que gerou uma diferença do TMP entre hospitais de 3,09 dias. Já em 2018, o TMP do HGRS foi de 9,53 dias e o do HS foi de 7,56 dias, representando uma diferença de 1,97 dias entre o TMP dos hospitais. Logo, nota-se que houve uma redução progressiva da diferença da média de permanência apresentada pelos hospitais ao longo dos dois anos.

Tabela 1 – Tempo média de permanência – Ano 2017

Tempo médio de permanência	Hospital do Subúrbio (HS)	Hospital Geral Roberto Santos (HGRS)
janeiro	7,2	11,2
fevereiro	7,9	10,6
março	7,1	9,7
abril	6,9	9,9
maio	7,1	10,5
junho	7,1	10,5
julho	5,8	8,8
agosto	6,3	9,2
setembro	6,5	10,8
outubro	8,7	9,8
novembro	7,8	12,4
dezembro	7,7	9,8

Fonte: Elaborada pela autora conforme dados DATASUS (2019).

Tabela 2 – Tempo média de permanência – Ano 2018

Tempo médio de permanência	Hospital do Subúrbio (HS)	Hospital Geral Roberto Santos (HGRS)
janeiro	7,8	10,4
fevereiro	8,3	12,0
março	7,5	10,2
abril	7,0	10,6
maio	8,0	10,6

junho	6,9	9,5
julho	8,0	9,7
agosto	7,6	9,4
setembro	7,0	8,7
outubro	7,7	8,4
novembro	7,7	7,6
dezembro	7,3	7,3

Fonte: Elaborada pela autora conforme dados DATASUS (2019).

Diante deste cenário, afigura-se, pois, que o Hospital do Subúrbio, ao apresentar uma média de permanência inferior à do Hospital Geral Roberto Santos, aparenta uma maior capacidade resolutiva, uma vez que esta encontra-se ligada à média de permanência do paciente no hospital. De todo modo, não se pode olvidar que o resultado pode estar atrelado a diversos fatores, desde a qualidade do aparato tecnológico da unidade de saúde, a capacidade da equipe e até questões financeiras do hospital.

4.4.3.2. Taxa média de Infecção Hospitalar

Na atualidade, fala-se em Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), permitindo abranger situações relacionadas aos cuidados de saúde para além das unidades hospitalares.

Para fins de classificação epidemiológica, a infecção hospitalar é toda infecção adquirida após a admissão do paciente e que se manifeste durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares (BRASIL, 1997).

Estudos apontam que as IRAS são causas importantes de morbimortalidade e motivo de preocupação em todo o mundo. As IRAS são responsáveis pelo prolongamento do tempo de internação, uso de medicamentos mais potentes e a necessidade de terapêuticas adicionais, expondo os usuários a riscos mais elevados e a custos não calculáveis, tais como: as sequelas residuais, dor, desconforto, ansiedade, podendo mesmo levar a morte (PINA; FERREIRA; UVA; 2014, p. 137-158).

Neste contexto, cumpre destacar que a Lei Federal nº 6.431, de 1997, instituiu a obrigatoriedade nos hospitais do país da existência da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e de um Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH), sendo este último um conjunto de ações a serem desenvolvidas com o objetivo de reduzir ao máximo a incidência e a gravidade das infecções. (BRASIL, 1997).

A seguir, as tabelas 3 e 4 retratam a incidência da infecção hospitalar no Hospital do Subúrbio e no Hospital Geral Roberto Santos.

Tabela 3 – Densidade Global de Infecção Hospitalar – Ano 2017

Densidade global de infecção hospitalar (IRAS)	Hospital do Subúrbio (HS)	Hospital Geral Roberto Santos (HGRS)
1º trimestre	7,4	13,45
2º trimestre	6,7	11,10
3º trimestre	11,8	11,39
4º trimestre	13,9	8,33

Fonte: Elaborada pela autora conforme dados da Prodal Saúde e do HGRS (2019).

Tabela 4 – Densidade Global de Infecção Hospitalar – Ano 2018

Densidade global de infecção hospitalar (IRAS)	Hospital do Subúrbio (HS)	Hospital Geral Roberto Santos (HGRS)
1º trimestre	11,4	8,7
2º trimestre	14,8	9,7
3º trimestre	14,5	9,05

Fonte: Elaborada pela autora conforme dados da Prodal Saúde e do HGRS (2019).

Diante dos dados acima revelados, nota-se que a densidade anual de incidência de IRAS do HGRS, em 2017, foi de 11,06; já o HS apresentou densidade no mesmo ano de 9,95. Em compensação, no ano seguinte, em 2018, houve um aumento na densidade de infecção hospitalar do HS, atingindo uma média de 13,56, enquanto o HGRS, em sentido contrário, apresentou redução para uma média de 9,15 em sua densidade de infecção hospitalar.

Logo, com relação a este indicador de desempenho percebeu-se uma variação na densidade global de infecção hospitalar de um ano para o outro, em ambos os

hospitais. Em que pese o período em análise ter se mostrado insuficiente para auferir de forma mais robusta o desempenho clínico dos hospitais públicos estudados, mensurado pela densidade de IRAS, pode-se concluir que o HGRS demonstrou um maior controle em se tratando desta variável.

4.4.3.3. Taxa de Mortalidade

Esta é considerada um indicador que pode demonstrar aspectos qualitativos dos serviços prestados pelo fato de o óbito estar relacionado a diversos fatores como infecções, medicamentos utilizados de maneira inadequada, erros, tecnologia utilizada de forma imprópria e altas concedidas antes do tempo. À vista disso, a qualidade do serviço prestado ao paciente pode influenciar no aumento ou diminuição do risco de morte (TRAVASSOS; NORONHA; MARTINS, 1999, p. 367-381).

De acordo com as tabelas 5 e 6, a taxa de mortalidade referente ao ano 2017 não apresentou diferença significativa de um hospital para o outro, em que pese o Hospital do Subúrbio ter apontado taxas mais altas em maior número de meses. Já no ano 2018, os dados retratados demonstraram uma maior variação, com redução na taxa de mortalidade no HGRS, principalmente no último semestre. A saber, o HS com taxa média de 8,33, em 2017, passou para 7,46, enquanto o HGRS moveu sua taxa de 6,82, em 2017, para 5,83 em 2018.

Tabela 5 – Taxa de mortalidade – Ano 2017

Taxa mortalidade (%)	Hospital do Subúrbio (HS)	Hospital Geral Roberto Santos (HGRS)
janeiro	8,11	6,20
fevereiro	6,51	6,96
março	9,56	6,11
abril	8,46	7,75
maio	7,14	7,19
junho	6,63	8,17
julho	7,64	7,07
agosto	10,14	6,84
setembro	10,69	7,08
outubro	7,78	5,91
novembro	8,56	8,25

dezembro	8,80	4,37
-----------------	------	------

Fonte: Elaborada pela autora conforme dados DATASUS (2019).

Tabela 6 – Taxa de mortalidade – Ano 2018

Taxa mortalidade (%)	Hospital do Subúrbio (HS)	Hospital Geral Roberto Santos (HGRS)
janeiro	6,83	6,26
fevereiro	8,03	8,61
março	8,26	6,35
abril	6,76	7,82
maio	7	6,20
junho	6,72	5,64
julho	7,66	4,20
agosto	7,93	5,51
setembro	9,09	5,48
outubro	8,78	5,18
novembro	6,65	4,06
dezembro	5,90	4,68

Fonte: Elaborada pela autora conforme dados DATASUS (2019).

Então, no que diz respeito à taxa de mortalidade, os dois hospitais demonstraram queda considerável em relação a esta variável de um ano para o outro. Mas, por menor que tenha sido a diferença verificada entre os hospitais estudados, o HGRS destacou-se com a média de percentual mais baixa. Tal resultado parece sugerir que pode ter havido por parte deste hospital alguma ação no sentido de evitar infecções, utilização de medicamentos apropriados, bem como serviços profissionais adequados, iniciativas estas que de alguma forma auxiliaram na diminuição da taxa de mortalidade.

4.4.3.4. Certificado de Acreditação Hospitalar

É notável que a busca por serviços de saúde mais qualificados e mais seguros tem sido objetivo de políticas públicas, gestores, profissionais e usuários do setor da saúde em todo mundo. Nesse contexto, iniciou-se, ainda na década de 90, um

movimento mundial na busca por padrões mais elevados da qualidade hospitalar, avaliados por meio da certificação de entidades externas independentes – Acreditação Hospitalar.

Cumpre ressaltar que a acreditação e outras normas de certificação da qualidade são mecanismos que podem contribuir para dar maior consistência à prática da gestão baseada em resultados e elevação da satisfação dos clientes/pacientes (usuários), dos funcionários/servidores e da população servida.

Seguindo nesta direção, no Brasil, o Ministério da Saúde, no ano de 1995, visando aprimorar os serviços de saúde criou o Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde, por meio da Portaria GM/MS n. 1.107, de 14 de junho de 1995. E em seguida, com o intuito de garantir a eficiência do programa da qualidade em saúde, passou a adotar medidas para implementar e garantir a qualidade nos hospitais brasileiros. Assim, no ano de 2001 foi regulamentado o Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar através da Portaria GM/MS n. 538, de 17 de abril de 2001.

De acordo com esta Portaria,

a Acreditação Hospitalar é uma metodologia de consenso, racionalização e de ordenamento dos hospitais e, principalmente, de educação permanente do pessoal de serviço e de seus líderes e que se expressa pela realização de um procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente estabelecidos (BRASIL, 2001).

É imperioso destacar que “a instituição da acreditação hospitalar enquanto política pública reforça a necessidade de primar pela qualificação dos serviços prestados na seara da saúde, qualificando assim o serviço prestado pelo SUS” (ELLWANGER; NUNES JUNIOR; 2016, p. 143).

A avaliação é realizada pelas Instituições Acreditadoras Credenciadas pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), uma entidade não governamental e sem fins lucrativos que certifica a qualidade de serviços de saúde no Brasil, com foco na segurança do paciente, e tem como referência as normas do Sistema Brasileiro de Acreditação e o Manual Brasileiro de Acreditação (BRASIL, 2001).

A certificação pode ocorrer em três níveis: nível 1 – Acreditado - para instituições que atendem aos critérios de segurança do paciente em todas as áreas de atividade, incluindo aspectos estruturais e assistenciais; nível 2 - Acreditado Pleno - para instituições que, além de atender aos critérios de segurança, apresenta gestão

integrada, com processos ocorrendo de maneira fluida e plena comunicação entre as atividades; e nível 3 - Acreditado com Excelência - o princípio deste nível é a “excelência em gestão”, sendo que uma Organização ou Programa da Saúde Acreditado com Excelência atende aos níveis 1 e 2, além dos requisitos específicos de nível 3, bem como atende o dever de demonstrar uma cultura organizacional de melhoria contínua com maturidade institucional (ONA, 2019)⁵⁷.

A partir da Portaria GM/MS n. 538/2001 o entendimento é que os hospitais e demais serviços de saúde devem se adequar aos padrões mínimos exigidos pela acreditação. Na realidade, contudo, tem-se verificado que a acreditação de hospitais privados segue aumentando a cada ano, mas, quando se trata de hospitais públicos, essa prática ainda é vista como algo recente e pouco explorada (LUEDY; BARRETO; SOUZA; 2016, p. 289). Os hospitais públicos têm se mostrado resistentes em participar de um sistema externo de avaliação periódica da qualidade.

Neste ponto, tendo definido a qualidade como foco prioritário do hospital, o edital de concessão do Hospital do Subúrbio inovou quando elencou como um dos critérios para a seleção do parceiro privado a comprovação da gestão de unidades acreditadas. A experiência do parceiro privado com o processo de acreditação era condição necessária para fazer do HS o primeiro hospital estadual acreditado da Bahia – e um dos primeiros do Norte/Nordeste nessa condição. Assim, a acreditação em até 24 meses de operação figurava como uma das metas expressas no contrato. Mas, antes desse prazo findar, a acreditação já havia sido conquistada no 18º mês de operação (6º trimestre).

Inicialmente, o HS foi certificado pela ONA em nível 1 (Acreditado), que atesta que a unidade atende aos critérios de segurança do paciente em todas as áreas de atividade, incluindo aspectos estruturais e assistenciais, implicando no cumprimento da meta estabelecida. No entanto, mesmo não sendo exigência contratual, o Hospital buscou qualificar-se e melhorar ainda mais os processos gerenciais e assistenciais, e

⁵⁷ Explica-se. Para o hospital atingir o primeiro nível da acreditação, deve demonstrar que atua de acordo com toda a legislação correspondente ao serviço prestado, além de possuir responsáveis técnicos habilitados nas diversas áreas hospitalares. Para atingir o segundo nível de acreditação, observa-se o gerenciamento dos processos e suas interações sistêmicas, analisando a realização de mecanismos capazes de medir e avaliar os procedimentos hospitalares, bem como a organização e desenvolvimento de programas de educação e treinamentos continuados. Por fim, para ser acreditado com excelência, o hospital deve comprovar que auferir indicadores capazes de mensurar o desempenho dos processos, faz comparações destes indicadores com referenciais externos, apresenta inovações e melhorias implantadas a partir das análises críticas realizadas (ELLWANGER; NUNES JUNIOR; 2016, p.143-144).

hoje possui acreditação ONA nível 3 (Acreditado com Excelência), atestando que, possui “excelência em gestão”, e que possui uma cultura organizacional de melhoria contínua com maturidade institucional (ONA, 2019).

Já o HGRS, até o presente momento, não detém nenhum nível de Acreditação. Contudo, deve se ter em mente que “o processo de acreditação é voluntário, ou seja, é a organização, serviço ou programa da saúde que manifesta o interesse em ser avaliado” (ONA, 2019). Por isso, os hospitais que não passam pelo procedimento de acreditação não sofrem sanções administrativas e pecuniárias.

De todo modo, não se pode negar a qualidade no atendimento dos hospitais que implementam as diretrizes nacionais da acreditação.

4.4.3.5. Valor médio da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Quando se trata de custo operacional hospitalar, convém trazer a lume a Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Em linhas gerais, a AIH é o documento hábil para identificar o paciente e os serviços prestados sob o regime de internação hospitalar, além de fornecer informações para o gerenciamento do Sistema de Informação Hospitalar. É gerada quando ocorre uma internação em um prestador público ou privado/conveniado ao SUS e enviada ao gestor da Unidade Prestadora de Serviços (ANS, 2019).

A saber, é através deste documento que se viabiliza o faturamento dos serviços hospitalares prestados no SUS. A AIH é emitida exclusivamente pelos órgãos emissores próprios ou autorizados pelo SUS, com numeração própria. Em suma, contém a proposta de pagamento por valores fixos dos procedimentos médico-hospitalares onde estão inseridos os materiais que devem ser utilizados, os procedimentos que são realizados, os profissionais de saúde envolvidos e a estrutura de hotelaria.

A variável apresentada neste ponto mede o gasto médio de recursos pagos pelo SUS na prestação de atendimento hospitalar, a partir das Autorizações para Internação Hospitalar. Diz respeito, portanto, ao desempenho econômico do hospital. Não se pode perder de vista que ao apresentar um custo operacional menor por internação, o hospital alcança maior eficiência econômica (no sentido de economicidade) para o Estado.

Nas tabelas 7 e 8, a seguir, constam o valor médio de uma AIH aprovada no

período mensal, em cada hospital. Desta forma, com base nos dados colacionados, observa-se que a unidade hospitalar do Subúrbio apresentou o menor valor de internação hospitalar em todos os meses, dentro do período analisado. Verifica-se, ainda, que a diferença entre os valores médios da AIH do Hospital do Subúrbio e os valores médios da AIH do Hospital Geral Roberto Santos foi bastante significativa, principalmente no ano de 2018, o qual gerou um custo, em média, de R\$ 993,23 (novecentos e noventa e três reais e vinte e três centavos) pago a maior pelo HGRS por cada AIH.

Tabela 7 – Valor médio AIH – Ano 2017

Valor médio AIH - R\$	Hospital do Subúrbio (HS)	Hospital Geral Roberto Santos (HGRS)
janeiro	1.910,63	2.436,34
fevereiro	1.973,35	2.395,80
março	1.941,32	1.991,70
abril	1.810,74	2.414,55
maio	1.713,27	2.530,45
junho	1.882,97	2.490,02
julho	1.157,26	2.153,40
agosto	1.285,90	1.968,56
setembro	1.532,94	2.846,91
outubro	2.447,98	2.554,11
novembro	1.865,13	3.361,66
dezembro	1.928,12	2.595,44

Fonte: Elaborada pela autora conforme dados DATASUS (2019).

Tabela 8 – Valor médio AIH – Ano 2018

Valor médio AIH - R\$	Hospital do Subúrbio (HS)	Hospital Geral Roberto Santos (HGRS)
janeiro	1.708,07	2.987,53
fevereiro	2.092,63	3.394,30
março	1.647,95	2.741,87
abril	1.797,43	2.842,30
maio	1.877,46	2.957,36
junho	1.754,51	2.680,08

julho	1.833,23	2.789,66
agosto	1.795,55	2.907,36
setembro	1.891,20	2.803,31
outubro	1.963,72	2.773,29
novembro	1.893,75	2.427,58
dezembro	1.808,18	2.677,82

Fonte: Elaborada pela autora conforme dados DATASUS (2019).

Logo, é possível notar que, durante todo o período considerado neste estudo, o Hospital do Subúrbio apresentou uma tendência de melhor resultado no desempenho econômico quando comparado ao Hospital Geral Roberto Santos, uma vez que gerou um custo menor no faturamento dos serviços hospitalares prestados pelo SUS.

4.4.3.6. Valor dos Serviços Hospitalares

Ainda no contexto do desempenho econômico estudar-se-á o indicador valor dos serviços hospitalares dos estabelecimentos em análise.

Conforme explanação do Datasus, o valor dos serviços hospitalares (tabelas 11 e 12) se refere às AIH aprovadas (tabelas 9 e 10) no período. Ressalva-se, contudo, que este valor não corresponde, obrigatoriamente, ao valor repassado ao estabelecimento, pois, a depender da situação das unidades, estas podem receber recursos orçamentários ou pode haver retenções e pagamentos de incentivos, que não são compartilhados no sistema. Portanto, considera-se como valor dos serviços hospitalares o valor aprovado da produção (DATASUS, 2019).

Tabela 9 – Número de AIHs aprovadas – Ano 2017

Número de AIHs aprovadas	Hospital do Subúrbio (HS)	Hospital Geral Roberto Santos (HGRS)
janeiro	1.196	1.580
fevereiro	1.122	1.264
março	1.192	1.653
abril	1.147	1.367
maio	1.261	1.335

junho	1.432	1.738
julho	812	1.160
agosto	799	1.534
setembro	1.057	1.299
outubro	2.135	1.336
novembro	1.075	2.134
dezembro	1.205	939

Fonte: Elaborada pela autora conforme dados DATASUS (2019).

Tabela 10 – Número de AIHs aprovadas – Ano 2018

Número de AIHs aprovadas	Hospital do Subúrbio (HS)	Hospital Geral Roberto Santos (HGRS)
janeiro	1.128	1.341
fevereiro	1.096	1.591
março	1.175	1.748
abril	1.317	1.879
maio	1.340	1.629
junho	1.314	1.739
julho	1.240	1.951
agosto	1.249	1.561
setembro	1.342	2.045
outubro	1.276	2.048
novembro	1.368	2.042
dezembro	1.255	1.732

Fonte: Elaborada pela autora conforme dados DATASUS (2019).

Tabela 11 – Valor dos serviços hospitalares – Ano 2017

Valor dos serviços hospitalares (R\$)	Hospital do Subúrbio (HS)	Hospital Geral Roberto Santos (HGRS)
janeiro	1.947.398,81	3.127.277,19
fevereiro	1.897.502,92	2.435.696,93
março	1.973.346,73	2.614.239,36
abril	1.757.176,49	2.664.299,83
maio	1.824.151,52	2.700.709,59

junho	2.277.601,14	3.489.129,78
julho	775.343,19	1.974.848,41
agosto	848.247,27	2.405.159,05
setembro	1.375.649,86	3.043.238,91
outubro	4.494.850,57	2.796.563,88
novembro	1.688.942,38	5.973.484,40
dezembro	1.974.023,68	2.034.729,72

Fonte: Elaborada pela autora conforme dados DATASUS (2019).

Tabela 12 – Valor dos serviços hospitalares – Ano 2018

Valor dos serviços hospitalares (R\$)	Hospital do Subúrbio (HS)	Hospital Geral Roberto Santos (HGRS)
janeiro	1.662.340,31	3.294.403,54
fevereiro	1.963.368,81	4.572.390,31
março	1.671.337,70	4.019.066,14
abril	2.025.965,82	4.508.602,46
maio	2.165.691,00	4.031.382,28
junho	1.966.919,96	3.941.214,25
julho	1.962.750,42	4.553.686,90
agosto	1.929.044,52	3.808.038,82
setembro	2.159.287,03	4.823.358,59
outubro	2.162.612,70	4.812.815,41
novembro	2.219.688,85	4.119.660,61
dezembro	1.958.646,54	3.938.525,66

Fonte: Elaborada pela autora conforme dados DATASUS (2019).

O exame dos dados acima retratados mostra, em síntese, que: a média do Hospital do Subúrbio, em 2017, foi de 1203 AIHs, gerando um valor dos serviços hospitalares de R\$1.902.852,88 (um milhão, novecentos e dois mil, oitocentos e cinquenta e dois reais e oitenta e oito centavos), e, em 2018, 1258 AIHs, com valor dos serviços hospitalares de R\$ 1.840.406,13 (um milhão, oitocentos e quarenta mil, quatrocentos e seis reais e treze centavos); já o Hospital Geral Roberto Santos, em 2017, gerou uma média de 1445 AIHs, produzindo um valor dos serviços hospitalares de R\$ 2.938.281,42 (dois milhões, novecentos e trinta e oito mil, duzentos e oitenta e

um reais e quarenta e dois centavos), e, em 2018, 1775 AIHs, com valor dos serviços hospitalares de R\$ 4.201.928,74 (quatro milhões, duzentos e um mil, novecentos e vinte e oito reais e setenta e quatro centavos).

Diante da diferença apresentada no número de AIHs aprovadas, partiu-se, então para uma análise baseada na proporcionalidade, o que gerou o seguinte resultado: em 2017, o HGRS ao produzir 1203 AIHs (média do HS em 2017), teve um custo médio dos serviços hospitalares de R\$ 2.446.195,53 (dois milhões, quatrocentos e quarenta e seis mil, cento e noventa e cinco reais e cinquenta e três centavos), em contraposição a R\$1.902.852,88 (um milhão, novecentos e dois mil, oitocentos e cinquenta e dois reais e oitenta e oito centavos), valor do HS. E, em 2018, ao produzir 1258 AIHs (média do HS em 2018), teve um custo médio dos serviços hospitalares de R\$ 2.978.043,01 (dois milhões, novecentos e setenta e oito mil, quarenta e três reais e um centavo), em contraposição a R\$ 1.840.406,13 (um milhão, oitocentos e quarenta mil, quatrocentos e seis reais e treze centavos), valor do HS.

Como se observa, o Hospital Geral Roberto Santos apresentou maior valor gasto com serviços hospitalares quando comparado ao Hospital do Subúrbio. E, não só isso, a diferença do valor gasto com os serviços hospitalares entre os hospitais foi bastante significativa. Logo, o HS sugere um melhor desempenho econômico também neste ponto.

4.4.3.7. Controle Social

A análise desta variável mostrou uma tendência do Hospital do Subúrbio na transparência de suas práticas gerenciais. Reuniões trimestrais são realizadas no hospital entre os diretores do HS, a coordenação de Serviço Social, os líderes das comunidades locais e representantes de associações em defesa dos direitos em saúde. Durante as reuniões, as lideranças comunitárias avaliam a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, a carência de serviços e de equipamentos de saúde, e acompanham o desenvolvimento de ações com as quais se comprometem os gestores da rede pública de saúde da capital e do Estado (HOSPITAL DO SUBÚRBIO, 2019).

Além disso, o HS disponibilizou uma plataforma digital, o aplicativo HS Agora (figura 1), possibilitando o monitoramento de alguns indicadores do hospital em tempo real. Através deste aplicativo é possível acompanhar o número de pessoas

aguardando atendimento, o tempo médio de atendimento e o número de pessoas em atendimento no setor de emergência – agrupando as mesmas de acordo com a classificação de risco recebida –, a taxa de ocupação hospitalar e número de leitos ocupados, o número de cirurgias realizadas nas últimas 24 horas, além de informações sobre quantidades de leitos, especialidades disponíveis, telefone para contato e a localização exata da unidade.

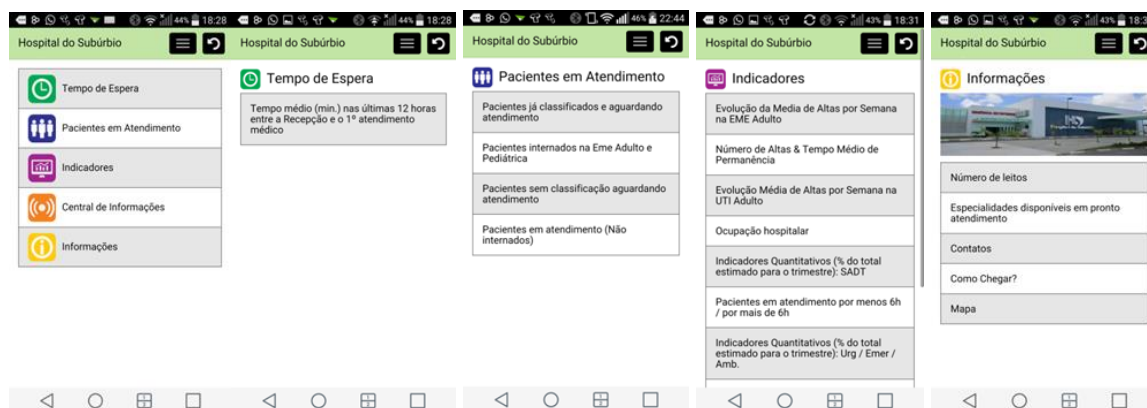


Figura 1. Menus do aplicativo HS Agora.

Fonte: Aplicativo HS Agora – Plataforma Android (2019).

É imperioso destacar, ainda, que a Prodal Saúde S/A (concessionária que administra a PPP do Hospital Subúrbio) possui como uma de suas obrigações contratuais a prestação de informações em relatórios trimestrais, inclusive, com divulgação em seu sítio eletrônico.

Neste cenário, a disponibilização pública dos indicadores gerenciais e assistenciais, e de fácil acesso, pelo Hospital do Subúrbio, condiz com a transparência necessária ao serviço público, contribuindo para o fortalecimento do controle social e possibilitando mecanismos de responsabilização baseados na participação da sociedade na deliberação e no controle por resultados dos serviços públicos.

Por outro lado, o Hospital Geral Roberto Santos demonstrou que a participação da comunidade e a transparência ainda não foram atingidos. Foram percebidos obstáculos ao acesso às informações e dados de alguns indicadores referentes ao hospital, além da ausência de clareza das informações fornecidas, apresentando-se em alguns momentos de difícil compreensão.

4.4.4. Resultado

Esclareça-se que o resultado da investigação entre os hospitais públicos com diferentes gestões, estudados nesta pesquisa, é limitado pelas informações disponíveis na base de dados, seja no DATASUS, seja nos sítios dos hospitais.

Em termos gerais, as análises comparadas do desempenho hospitalar, através dos indicadores selecionados, sugerem que a gestão privada do Hospital do Subúrbio apresentou maior grau de eficiência quando comparada com a gestão direta do Estado no Hospital Geral Roberto Santos.

Dos sete indicadores eleitos, o Hospital do Subúrbio produziu melhor resultado em cinco deles. Tanto o Hospital do Subúrbio quanto o Hospital Geral Roberto Santos apresentaram bom desempenho nos indicadores de avaliação da qualidade da assistência hospitalar. Neste cenário, o HS apontou melhor desempenho no tempo médio de permanência, enquanto o HGRS exibiu menor percentual da taxa de mortalidade, além de sugerir um maior controle da incidência de infecção hospitalar.

Já o indicador da acreditação hospitalar trouxe destaque para o HS que detém o certificado de Acreditação Hospitalar emitido pela ONA, no nível 3 (máximo), atestando a “excelência na gestão”.

Por sua vez, os indicadores utilizados para mensurar o desempenho econômico dos hospitais analisados sugeriram que o Hospital do Subúrbio é economicamente mais eficiente (melhor performance econômica), pois apresentou uma diferença muito significativa no custo operacional hospitalar quando comparado ao Hospital Geral Roberto Santos. Os valores gerados pelo HS em ambas as variáveis, valor médio da AIH e valor dos serviços hospitalares, foram consideravelmente mais baixos do que os do HGRS.

Por fim, observou-se que o Hospital do Subúrbio demonstrou maior empenho e interesse no controle social ao assegurar a participação direta e indireta da comunidade em reuniões, disponibilização de relatórios e monitoramento em tempo real do hospital através de plataforma digital quando cotejado com o Hospital Geral Roberto Santos.

5. CONCLUSÃO

Fundamentalmente, este trabalho analisou o desempenho do Hospital do Subúrbio, único hospital no Brasil gerido por PPP no modelo “bata branca” (gestão integral, incluindo os serviços clínicos), a fim de avaliar a eficiência da prestação do serviço público de saúde hospitalar através de empresa privada com contrato de concessão administrativa. Para tal, comparou-se o desempenho desta unidade hospitalar com o Hospital Geral Roberto Santos, gerido diretamente pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, sendo ambos os hospitais da competência do governo estadual da Bahia.

Como é sabido, o Poder Público ao prestar qualquer serviço público, principalmente a assistência à saúde que se trata de direito fundamental ligado à vida, deve atuar com prestabilidade aos fins determinados, fornecendo aos cidadãos prestações que possuam qualidade e utilidade, com presteza, a implicar atendimento eficaz e do modo menos oneroso ao Erário.

Logo, os parâmetros de eficiência levantados neste estudo foram além da dimensão da economicidade (custo-benefício), para enfatizar também a qualidade e o controle social no desempenho do serviço de assistência à saúde nos hospitais públicos, quando gerido por empresa privada e quando gerido pela Administração direta.

Comparou-se o desempenho destes hospitais através das variáveis relacionadas à qualidade da assistência (média de permanência, taxa de infecção hospitalar, taxa de mortalidade e certificado de acreditação hospitalar), à performance econômica (valor médio da AIH e valor dos serviços hospitalares), e ao controle social.

É preciso registrar que ainda não há uma demonstração segura no sentido de ser a gestão empresarial na saúde pública hospitalar superior à gestão pública, em virtude da pouca experiência acumulada no Brasil até agora.

Contudo, ressalta-se que o desenvolvimento de mecanismos sólidos de avaliação dos dados pode oferecer ao poder público base para que decisões sejam tomadas, inclusive para considerar se a parceria entre o setor público e privado é uma relação vantajosa para a administração pública e para a sociedade.

As análises comparativas do desempenho hospitalar das unidades em estudo sugeriram um maior grau de eficiência da gestão privada do Hospital do Subúrbio quando cotejado com a gestão direta do Estado no Hospital Geral Roberto Santos.

Dos sete indicadores eleitos, a gestão por PPP produziu melhor resultado em cinco deles.

Com relação aos indicadores de desempenho de qualidade, percebeu-se que, em geral, houve um bom desempenho de ambos os hospitais estudados. Com um maior controle da taxa de mortalidade e da incidência de infecção hospitalar pela gestão direta, enquanto que, por outro lado, a PPP apresentou a menor média de permanência em hospital.

Ainda com relação a qualidade, a Acreditação Hospitalar da PPP do Subúrbio no nível máximo evidenciou uma gestão que preencheu os parâmetros mínimos exigidos por uma Organização independente para ser certificada com excelência em sua gestão.

Deste modo, notou-se que a determinação da acreditação como meta de desempenho trouxe vantagens à saúde pública, pois o hospital precisou qualificar mais a gestão, ao mesmo tempo que aumentou também a qualidade na prestação da assistência à saúde. Isso não quer dizer que a gestão direta não possa melhorar sua qualidade e certificar-se também, mas observa-se que a gestão pela administração direta ainda mantém um perfil mais burocrático, sem a determinação de metas de desempenho a cumprir.

Quanto aos indicadores de desempenho econômico, a PPP do Subúrbio apresentou melhor performance econômica, atendendo ao princípio da eficiência no seu viés da economicidade. Em um momento de congelamento de despesas, conforme já asseverado alhures, um menor custo dos serviços hospitalares pode gerar mais recursos para outras áreas do próprio hospital, como, por exemplo, para as renovações tecnológicas, tão necessárias na seara sanitária.

Finalmente, o monitoramento efetivo através de ferramentas de tecnologia pode ser um aliado do cidadão para acompanhar os serviços de saúde prestados pelo Estado. Neste ponto, a PPP inovou e ganhou evidência com o uso de aplicativo a possibilitar o controle em tempo real de alguns indicadores pela população.

Além disso, observou-se também que o fato do contrato da PPP prever a obrigatoriedade de divulgação periódica dos resultados do desempenho hospitalar, nos moldes lá determinados, facilitou um maior controle social, trazendo mais transparência, que por outro lado mostrou-se distante de ser alcançada na gestão direta.

Assim, longe dos matizes ideológicos, apenas com base nas análises

desenvolvidas neste trabalho, confirma-se, à guisa de conclusão final, que a utilização do instituto de parceria público-privada na seara da saúde hospitalar sugere maior custo-benefício ao Poder Público, principalmente quando envolver, além da transferência do gerenciamento de hospitais públicos, a própria prestação da assistência à saúde pela empresa privada. O modelo “bata branca” de PPP executado no Hospital do Subúrbio, pelo Estado da Bahia, fez jus, em plena seara pública, ao ideal de eficiência sedimentada no âmbito privado.

Esta conclusão alinha-se com a preocupação verificada no atual momento de ajustes orçamentários sofridos por todas as esferas de governo na política pública de saúde, na medida em que deixa-se de discutir o aumento na alocação de recursos no setor, dependente de uma repolitização na saúde pública, para buscar reduzir os custos nos serviços de saúde ao mesmo tempo que prioriza aumento na qualidade dos mesmos (a tão almejada eficiência do Estado). Com isso, crê-se que esta gestão de PPP “bata branca” seja o futuro das gestões hospitalares públicas dos diversos entes federativos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUCIO, Fernando Luiz; COSTA, Valeriano Mendes Ferreira. **Reforma do Estado e o Contexto Federativo Brasileiro**. Fundação Konrad-Adenauer-Stiftung: São Paulo, n.12, 1998.

AGUILLAR, Fernando Herren. **Controle social de serviços públicos**. São Paulo: Max Limonad, 1999.

AITH, Fernando. **Direito à saúde e democracia sanitária**. São Paulo: Editora Quartier Latin, 2017.

_____. **Curso de Direito Sanitário**. A Proteção do Direito à Saúde no Brasil. 1a. Edição. São Paulo: Quartier Latin, 2007, p. 357.

_____. **A Saúde como Direito de Todos e Dever do Estado**: O Papel dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário na Efetivação do Direito à Saúde no Brasil. In: *Direito Sanitário: Saúde e Direito, um Diálogo Possível* / Fernando Aith, Luciana Tarbes Mattana Saturnino, Maria Gabriela Araújo Diniz, Tammy Claret Monteiro (organizadores), Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 2010, p. 73-105.

ALBUQUERQUE, Antonio Carlos Carneiro de. **Terceiro Setor**: história e gestão de organizações. São Paulo: Summus, 2006.

ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de; CASTRO, Gastão Junkeiro de; LISBOA, Carlos Alberto. **Distritos sanitários**: concepção e organização. Vol. 1. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

ALMEIDA, Célia. **Parcerias público-privadas (PPP) no setor saúde**: processos globais e dinâmicas nacionais. Cad. Saúde Pública [online], 2017, vol.33, suppl.2, e00197316. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017001403002&script=sci_abstract&tlng=pt . Acesso em: 20 mar.2019.

ALMEIDA FILHO, Naomar de; ANDRADE, Roberto Fernandes Silva. **Halopatogênese esboço de uma teoria geral de saúde-doença como base para a promoção da saúde**. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (Org.). *Promoção da saúde, conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

ALVARENGA, Guilherme Emmanuel Lanzillotti. **Da possibilidade de declaração do estado de coisas inconstitucional na saúde pública brasileira**. 174f. Dissertação (Mestrado em Direito Público) – Universidade Federal de Alagoas. Maceió, 2018.

AMARAL FILHO, Marcos Jordão Teixeira do. **Privatização no estado contemporâneo**. São Paulo: Ícone, 1996.

ARAGÃO, Alexandre Santos de. **Direito dos serviços públicos**. Rio de Janeiro: Forense, 2007.

BAHIA. Secretaria da Fazenda do Estado da Bahia. **Parcerias Público-Privadas.** Projetos em execução. Bahia, 2019. Disponível em: <https://www.sefaz.ba.gov.br/administracao/ppp/index.htm> . Acesso em: 25 mar.2019.

_____. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Hospitais estaduais: Hospital Geral Roberto Santos. Bahia, 2019. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/hospital/hgrs/> . Acesso em: 15 abril 2019.

_____. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Hospitais estaduais: Hospital do Subúrbio. Bahia, 2019. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/hospital/hospital-do-suburbio/> . Acesso em: 15 abril 2019.

BARBOSA, Antonio Pires; MALIK, Ana Maria. **Desafios na organização de parcerias público-privadas em saúde no Brasil.** Análise de projetos estruturados entre janeiro de 2010 e março de 2014. Rev. Adm. Pública, vol.49, n.5, Rio de Janeiro, set./out. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122015000501143&lng=pt&lng=pt#B16 . Acesso em 03 fev. 2019.

BARBOSA, Pedro Ribeiro. **Gestão de hospitais públicos:** maior autonomia gerencial, melhor performance organizacional com apoio em contratos de gestão. Revista do Serviço Público – RSP, ano 47, v. 120, n. 2, maio/ago. 1996.

BARROS, Maria Elizabeth Diniz; PIOLA, Sergio Francisco. **O financiamento dos serviços de saúde no Brasil.** In: MARQUES, Rosa Maria; PIOLA, Sergio Francisco; ROA, Alejandra Carrillo (Orgs). Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde; OPAS/OMS no Brasil, 2016, p. 101-138.

BARROSO, Luis Roberto. **Da falta de efetividade à constitucionalização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial.** In: Temas de direito constitucional, tomo IV, 2009. Jurisp. Mineira, Belo Horizonte, a. 60, n° 188, p. 29-60, jan./mar. 2009. Disponível em: www.bd.tjmg.jus.br. Acesso em: 03.ago.2018.

BELO HORIZONTE. PBH ATIVOS. **Concessões e PPPs.** Prefeitura Belo Horizonte, Minas Gerais, 2019. Disponível em: <http://pbhativos.com.br/concessoes-e-ppps-2/ppp-hospital-metropolitano/> . Acesso em 25 mar. 2019.

BITTAR, Olímpio J. Nogueira V. **Indicadores de qualidade e quantidade em saúde.** Rev. Adm. Saúde, v. 3, n. 12, p. 21-28, jul./set., 2001. Disponível em: <http://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/documento/indicadorQualidade1.pdf> . Acesso em: 05 abril 2019.

BONAVIDES, Paulo. **Teoria geral do estado.** 10. ed. revista e aumentada. São Paulo: Malheiros Editores, 2015.

_____. **Curso de Direito Constitucional.** 32. ed. São Paulo: Malheiros, 2017.

_____. **Do Estado Liberal ao Estado Social.** 11 ed. São Paulo: Malheiros, 2013.

BORBA, Daniel Allan Miranda. **Estado empresarial e reforma gerencial**: uma análise da precarização vertical e horizontal das relações de trabalho na Administração Pública brasileira. 168f. Dissertação (Mestrado em Direito Público) – Universidade Federal de Alagoas. Maceió, 2018.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 05 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 27 mai. 2018.

_____. Decreto-lei n. 200, de 25 de fevereiro de 1967. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 27 fev. 1967. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del0200.htm>. Acesso em: 9 mai. 2018.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 29 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 12 jul. 2018.

_____. Lei 9.491, de 09 de setembro de 1997. Altera procedimentos relativos ao Programa Nacional de Desestatização, revoga a Lei nº 8.031, de 12 de abril de 1990, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 09 set. 1997. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9491.htm. Acesso em: 26 fev. 2019.

_____. Ministério da Administração Federal e Forma do Estado – MARE (1995). **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília: Presidência da República, Imprensa Oficial, novembro de 1995.

_____. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 26 jan. 2001. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html. Acesso em: 15 ago. 2018.

_____. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 538, de 17 de abril de 2001. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 17 abr. 2001. Disponível em: sna.saude.gov.br/legisla/legisla/informes/GM_P538_01informes.doc. Acesso em: 10 abril 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 13 mai. 1998. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html. Acesso em: 11 abril 2019.

_____. Ministério da Saúde (MS). Portaria n. 2.203, de 05 de novembro de 1996. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 05 nov. 1996. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html. Acesso em 08 dez. 2018.

_____. Emenda Constitucional nº 19 (1998a). Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 4 jul. 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc19.htm>. Acesso em: 28 nov. 2018.

_____. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 15 dez. 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm. Acesso em: 15 out. 2018.

_____. Lei n. 9.637, de 15 de maio de 1998b. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 18 mai. 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9637.htm>. Acesso em: 28 nov. 2018.

_____. Parecer da Comissão de Constituição e Justiça e de Redação. Proposta de Emenda à Constituição n. 173-A, de 1995. **Mensagem n. 886/95**. Disponível em: http://www.stf.jus.br/arquivo/biblioteca/pec/EmendasConstitucionais/EC19/Camara/EC019_cam_22111995_prcccjr_pec173a.pdf Acesso em: 02dez.2018.

_____. Lei n. 9.790, de 23 de março de 1999. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 24 mar. 1999. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9790.htm>. Acesso em: 28 nov. 2018.

_____. Lei n. 11.079, de 30 de dezembro de 2004. Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 31 dez. 2004. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/11079.htm>. Acesso em: 10 dez. 2018.

_____. Medida Provisória n. 575, de 07 de agosto de 2012. Altera a Lei nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004, que institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 07 ago. 2012. Convertida na Lei 12.766, de 28, dez. 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12766.htm . Acesso em: 15 mar.2019.

_____. Supremo Tribunal Federal. **Suspensão de Tutela Antecipada n. 278**. Relator Ministro Presidente Gilmar Mendes, julg. 22 out. 2008. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/STA278>. Acesso em: 20ago.2018.

_____. Supremo Tribunal Federal. **Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1.923/DF**. Partidos dos Trabalhadores – PT, Partido Democrático Trabalhista – PDT e Presidente da República, Congresso Nacional. Relator: Ministro Luiz Fux. DJe de 5 mar. 2015.

_____. Superior Tribunal de Justiça. **Recurso Especial nº 1657156/RJ**. Brasília, rel. Min. Benedito Gonçalves- Primeira Seção, julg. em 25 abril de 2018. Disponível em: <https://ww2.stj.jus.br/processo/pesquisa/?aplicacao=processos.ea&tipoPesquisa=tipoPesquisaGenerica&termo=REsp%201657156>. Acesso em: 10 set.2018.

_____. Ministério da Saúde. **Financiamento público de saúde**. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. Série Ecos – Economia da Saúde para a Gestão do SUS; Eixo 1, v. 1. 124 p.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão 2017**. Secretária de Atenção à Saúde. Brasília, 2018. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/16/RELATORIO-DE-GESTAO-2017--COMPLETO-PARA-MS.pdf>. Acesso em: 13 dez.2018.

_____. FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. **A saúde no Brasil em 2030**: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2009.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Alternativas de Gerência de Unidades Públicas de Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2015.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. **Do estado patrimonial ao gerencial**. In Pinheiro, Wilhelm e Sachs (orgs.). Brasil: um século de transformações. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

_____. **Reforma do Estado para a cidadania**: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional. 2. ed. Brasília: ENAP, 2011.

BUSS, Paulo Michiori. **Promoção de saúde e qualidade de vida**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

_____. **Uma introdução ao conceito de promoção da saúde**. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (Org.). Promoção da saúde, conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Paradigmas de Estado e paradigmas de administração pública**. Moderna gestão pública: dos meios aos resultados. Oeiras: INA - Instituto Nacional de Administração, 2000).

CARRERA, Mariana B. M. **Parceria público-privada na saúde no Brasil**: estudo de caso do Hospital do Subúrbio de Salvador - Bahia. Dissertação (mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2012.

_____. **Parceria público-privada (PPP)**: análise do mérito de projetos do setor saúde no Brasil. Tese (doutorado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2014.

CARVALHO, Antônio Ivo. **Política de Saúde e organização setorial no país**. Curso de Especialização à Distância em Autogestão em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ, 1998. Mimeografado.

CARVALHO FILHO, José dos Santos. **Manual de Direito Administrativo**. 31 ed. rev., atual e ampl. São Paulo: Atlas, 2017.

CINTRA, Marcos. **Modelagem de PPPs**: Pré-requisitos fundamentais e suas implicações. Cadernos, FGV Projetos. Ano 9, no 23. Rio de Janeiro, 2014.

COMMITTEE ON ECONOMIC, SOCIAL AND CULTURAL RIGHTS. **SUBSTANTIVE ISSUES ARISING IN THE IMPLEMENTATION OF THE INTERNATIONAL COVENANT ON ECONOMIC, SOCIAL AND CULTURAL RIGHTS**. General Comment No. 14 (2000). Twenty-second session Geneva, 25 April-12 May 2000 Agenda item 3. Disponível em: http://apps.who.int/disasters/rep/13849/files/o/UN_human_rights.htm. Acesso em 10 ago2018.

COSTA, Nilson do Rosário. **Alternativas de governança na gestão pública**: o caso dos hospitais no modelo de parceria público-privada organização social no Estado de São Paulo. In: MODESTO, Paulo; CUNHA JUNIOR, Luiz Arnaldo Pereira da (Coord.). Terceiro Setor e parcerias na área de saúde. Belo Horizonte: Fórum, 2011. p. 93-106.

COSTA, Nilson do Rosário; RIBEIRO, José Mendes. **Estudo comparativo do desempenho de hospitais em regime de organização social**. Programa de pesquisas, em busca da excelência: Fortalecendo o Desempenho Hospitalar no Brasil. Relatório Final. Ministério da Saúde. Banco Mundial. Mai., 2005.

COSTODIO FILHO, Ubirajara. **A Emenda Constitucional 19/98 e o Princípio da Eficiência na Administração Pública**. Cadernos de Direito Constitucional e Ciência Política. São Paulo, n. 27, ano 7, p. 211-214, abr./jun., 1999.

COUTINHO, Diogo Rosenthal. **Parcerias Público-Privadas**: Relatos de Algumas Experiências Internacionais. In: SUNDFELD, Carlos Ari (coord.). Parcerias Público-Privadas. 2 ed. São Paulo: Malheiros, 2011.

CRETELLA JÚNIOR, José. **Teoria e Prática do Direito Administrativo**. São Paulo: Editora Forense, 1979.

CURY, Ieda Tatiana. **Direito fundamental à saúde: Evolução, Normatização e Efetividade**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **Uma Nova Disciplina: o Direito Sanitário**. Revista Saúde Pública. São Paulo. 1988, vol. 22, n. 4, p. 327-334. ISSN 0034-8910. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v22n4/08.pdf> . Acesso em 07ago.2018.

_____. O conceito jurídico de saúde. In: DALLARI, Sueli Gandolfi. **Os estados brasileiros e o direito à saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995.

DECLARAÇÃO DE LISBOA. **I Conferência Ibero-Americana da Administração Pública e da Reforma do Estado**. Conselho de Ministros de Portugal e Centro Latino Americano de Administração para o Desenvolvimento (CLAD). Lisboa, Portugal, 27 e 28 de julho de 1998. Disponível em: [Http://www.adelinotorres.info/europa/declaracao_de_lisboa_1.pdf](http://www.adelinotorres.info/europa/declaracao_de_lisboa_1.pdf). Acesso em 11set.2018.

DRUCKER, Peter. **Uma era de descontinuidade: orientações para uma sociedade em mudança**. Trad. J. R. Brandão de Azevedo. Rio de Janeiro: ZAHAR, 1970.

EISENHARDT, Kathleen M. **Building theories from case study research**. Academy of Management Review. New York, New York, v. 14 n. 4. 1989. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4310941/mod_resource/content/1/1.Eisenhardt1989-BuildingTheoriesFromCSR.pdf . Acesso em: 18 abril 2019.

ELLWANGER, Carolina; NUNES JUNIOR, Vidal Serrano. **A Política Pública da Acreditação Hospitalar: qualificação do direito à saúde**. Revista de Direitos Sociais e Políticas Públicas, Curitiba, vol. 2, n. 2, jul./dez., 2016.

FALZONE, Guido. **Il Doveri di Buona Amministrazione**. Milano, Dott. A. Giuffrè Editore, 1953.

FERRARI, Regina Maria Macedo Nery. **Normas constitucionais programáticas: normatividade, o-reatividade e efetividade**. São Paulo: RT, 2001.

FIGUEIREDO, Mariana Filchtner. **O Sistema Único de Saúde e o Princípio da Sustentabilidade: Interconexões e Perspectivas acerca da proteção constitucional da saúde**. Tese (Doutorado em Direito) - Faculdade de Direito, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2013.

_____. **Direito fundamental à saúde: parâmetros para sua eficácia e efetividade**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

FREITAS, Juarez. **Direito Fundamental à Boa Administração Pública**. 3 ed. São Paulo: Malheiros, 2014.

_____. **Parcerias Público-Privadas (PPPs): Natureza Jurídica.** In: **Direito administrativo econômico.** CARDOZO, José Eduardo Martins; QUEIROZ, João Eduardo Lopes; SANTOS, Márcia Walquíria Batista dos (coords). São Paulo: Atlas, 2011.

FUENTES, Fernando Vicente. **Colaboración Público Privada em la gestión de los centros y servicios sociosanitarios:** Experiencias en Europa y em España. Imsero. Cartagena de Indias, 13-16 octubre, 2015. Disponível em: <http://www.riicotec.org/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/fvicentecolab/oracinpblicopriva.pdf> . Acesso em: 28 mar.2019.

GAIOFATTO, Nadia. **Reforma do Estado e educação no Brasil:** perspectivas presentes na produção acadêmica. Faculdade de Educação - Universidade de São Paulo - FAPESP. Disponível em: <http://www.anped.org.br/25/posteres/nadiagaiofatto05.rtf> . Acesso em: 24 set.2018.

GARCIA, Flavio Amaral. **A relatividade da distinção atividade-fim e atividade-meio na terceirização aplicada à Administração Pública.** Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado (RERE), Salvador, Instituto Brasileiro de Direito Público, n. 19, set/out/nov., 2009. Disponível em: <http://www.direitodoestado.com.br/codrevista.asp?cod=392> . Acesso em: 01 março 2019.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, Marcio Cidade. **A Experiência da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.** In: As organizações sociais com alternativa de gerência para estabelecimentos públicos de saúde. Brasília. CONASS. Nota Técnica 17. 2006. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4439545/mod_resource/content/0/As_Organizaes_Sociais_como_alternativa_de_gerncia_para_Estabelecimentos_Pblicos_De_Sa_de.pdf . Acesso em: 10 dez. 2018.

GRAU, Eros Roberto. O conceito de relevância pública na Constituição de 1988. **Revista de Direito Sanitário**, n. 5, v. 2, 2004.

GROTTI, Dinorá Adelaide Musetti. **Serviço público na Constituição brasileira de 1988.** São Paulo: Malheiros, 2003.

_____. **Parcerias na Administração Pública.** In: Direito administrativo econômico. CARDOZO, José Eduardo Martins; QUEIROZ, João Eduardo Lopes; SANTOS, Márcia Walquíria Batista dos (coords). São Paulo: Atlas, 2011.

GUERRA, Clarissa Battistella. **Gestão privada na saúde pública:** um estudo empírico com hospitais sob contrato de gestão no estado de São Paulo. 60f. Dissertação (Mestrado em Administração), Instituto de Ensino e Pesquisa, São Paulo, 2015.

GUIMARÃES, Fernando Vernalha. **Parceria Público-Privada.** 2 ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

GURGEL, Claudio Roberto Marques; JORDÃO, Claudia da Silva; OLIVEIRA JUNIOR, Temístocles Murilo. **Reforma do Estado e cidadania**: experiências e uma proposta de intervenção democrática. XXXVII Encontro ANPAD. Rio de Janeiro: 11 set. 2013.

HARVEY, David. **O neoliberalismo**: história e implicações. São Paulo: Edições Loyola. 2008.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA. **Universidade de São Paulo**. Disponível

em: http://www.hc.fm.usp.br/index.php?option=com_content&view=article&id=68&Itemid=214. Acesso em 20 nov. 2018.

IBAÑEZ, Nelson; VECINA NETO, Gonzalo. Modelos de gestão e o SUS. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 12 (Sup): p.1831-1840, 2007. Disponível em: <http://www.conass.org.br/guiainformacao/wp-content/uploads/2016/04/Texto-9-Modelos-de-Gestão-e-o-SUS.pdf>. Acesso em: 20 out. 2018.

JUSTEN FILHO, Marçal. **Comentários à lei de licitações e contratos administrativos**. 17 ed. Ver., atual e ampl. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2016.

KRELL, Andreas J. **Direitos sociais e controle judicial no Brasil e na Alemanha**: os (des) caminhos de um direito constitucional “comparado”. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 2002.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. **Política de Saúde nos anos 90**: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n. 2, p. 269-291, 2001. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232001000200002> Acesso em: 21 set. 2018.

LIMA, Sheyla Maria L. **O contrato de gestão e a conformação de modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas**. Revista de Administração Pública – RAP, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 104, set./out. 1996.

LUEDY, Almerinda; BARRETO, Fabio Lisboa; SOUZA, Cristiano Costa de. **Acreditação de hospitais públicos brasileiros**: realidade ou utopia? In: I Congresso Internacional da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente – REBRAENSP, Anais, Trabalho 315-2, Campinas, 2016.

MÂNICA, Fernando Borges. **O setor privado nos serviços públicos de saúde**. Belo Horizonte: Fórum, 2010.

_____. **Seleção de pessoal e regime de gestão das entidades privadas em parceria com o setor público na área da saúde**. In: MODESTO, Paulo; CUNHA JUNIOR, Luiz Arnaldo Pereira da (Coord.). Terceiro Setor e parcerias na área de saúde. Belo Horizonte: Fórum, 2011. P. 151-176.

_____. **A complementaridade da participação privada no SUS**. Revista Brasileira de Direito da Saúde. v. 2. (jan./jul. 2012). Brasília: CMB, 2012, p. 34-54.

_____. **Parcerias Público-Privadas no setor da Saúde:** um panorama das concessões administrativas no Brasil e no mundo. In: AVANZA, Clenir Sani; et ali (Org.). *Direito da saúde em perspectiva: Judicialização, gestão e acesso*. Vitória: Editora Emescam, 2016. p.215-252.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5. Ed. Atlas: São Paulo, 2003.

MARIANO, Cynara Monteiro. **Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos:** Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. *Revista de Investigações Constitucionais*, Curitiba, vol. 4, n. 1, p. 259-281, jan./abr. 2017. DOI:10.5380/rinc.v4i1.50289. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/rinc/article/download/50712/31684> . Acesso em: 20 set.2018.

MARQUES NETO, Floriano de Azevedo. **Parcerias público-privadas nos serviços de saúde**. In: MODESTO, Paulo; CUNHA JÚNIOR, Luiz Arnaldo Pereira da (Coord.). *Terceiro Setor e parcerias na área da saúde*. Belo Horizonte: Fórum, 2011. p.59-68.

MARTINS, Mônica; BLAIS, Régis; LEITE, Iúri da Costa. **Mortalidade hospitalar e tempo de permanência:** comparação entre hospitais públicos e privados na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. Escola Nacional de Saúde Pública Sergi Aroca, Fundação Oswaldo Cruz. Volume 20, suplemento 2, 2004.

MEDAUAR, Odete. **O direito administrativo em evolução**. 2. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003.

MEDICI, André Cezar. **O papel das parcerias público-privadas na gestão e no financiamento do setor saúde**. In: MODESTO, Paulo; CUNHA JÚNIOR, Luiz Arnaldo Pereira da (Coord.). *Terceiro Setor e parcerias na área da saúde*. Belo Horizonte: Fórum, 2011. p. 69-87.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito Administrativo Brasileiro**. 43. ed. São Paulo: Malheiros, 2016.

MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Curso de Direito Administrativo**. 30. ed. São Paulo: Malheiros, 2013.

MENDES, Gilmar Ferreira. **O direito à saúde na Constituição de 1988**. In: MODESTO, Paulo; CUNHA, JUNIOR, Luiz Arnaldo Pereira da (Coord.). *Terceiro Setor e parcerias na área de saúde*. Belo Horizonte: Fórum, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. **Qualidade de vida e saúde:** um debate necessário. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MODESTO, Paulo. **Reforma do Estado, formas de prestação de serviços ao público e parcerias público-privadas:** demarcando as fronteiras dos conceitos de “serviço público”, “serviço de relevância pública” e “serviços de exploração econômica”

para as parcerias público-privadas. In: SUNDFELD, Carlos Ari (Coord.). Parcerias público-privadas. 2 ed. São Paulo: Malheiros, 2011.

_____. **Notas para um debate sobre o princípio da eficiência.** In: Revista do Serviço Público. Escola Nacional de Administração Pública – ENAP. Vol. 51, número 2, abr-jun 2000, p. 105-120. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/issue/view/issue/59/91>. Acesso em: 28out.2018.

_____. **Reforma administrativa e marco legal das organizações sociais no Brasil** - as dúvidas dos juristas sobre o modelo das organizações sociais. Revista do Serviço Público, vol 48, n. 2, p. 27 a 57, maio/ago 1997. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/382/388>. Acesso em: 11 dez. 2018.

MONTAÑO, Carlos. **Terceiro setor e questão social:** crítica ao padrão emergente de intervenção social. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

MONTEIRO, Vera. **As leis de procedimento administrativo:** uma leitura operacional do princípio constitucional da eficiência. In: SUNDFELD, Carlos Ari; MUÑOZ, Guillermo Andrés (coords.). As leis de processo administrativo. 1. ed. São Paulo: Editora Malheiros, 2006.

_____. **Legislação de Parceria Público-Privada no Brasil – Competência Legislativa em Matéria de Concessão.** In: SUNDFELD, Carlos Ari (coord.). Parcerias Público-Privadas. 2 ed. São Paulo: Malheiros, 2011.

MORAIS, Dalton Santos. **Os custos da atividade administrativa e o princípio da eficiência.** Revista de Direito Administrativo, Rio de Janeiro, v. 237, p. 165-196, jul-set, 2004. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/44371>. Acesso em: 20 nov.2018.

MOREIRA, Egon Bockmann. **Processo administrativo e princípio da eficiência.** In: As leis de processo administrativo. Coordenadores: Carlos Ari Sundfeld e Guillermo Andrés Muñoz, 1. Ed, São Paulo: Editora Malheiros, 2006.

_____. **Terceiro Setor da Administração Pública** - Organizações Sociais – Contrato de gestão. Revista de Direito Administrativo, Rio de Janeiro, v. 227, p. 309-320, mar. 2015. ISSN 2238-5177. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/46914>>. Acesso em: 10 dez. 2018.

MOREIRA NETO, Diogo de Figueiredo. **Curso de direito administrativo:** parte introdutória, parte geral e parte especial. 16 ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Forense, 2014.

_____. **Mutações nos serviços públicos.** Revista Eletrônica de Direito Administrativo, Salvador: Instituto de Direito Público da Bahia, n. 1, fev. 2005. Disponível em: <<http://www.direitodoestado.com.br>>. Acesso em: 20 out. 2018.

_____. **Uma nova Administração Pública**. Revista de Direito Administrativo. Rio de Janeiro, v. 220: 179-182, abril/junho de 2000. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/47533/45212> . Acesso em: 01dez.2018.

NIEBUHR, Pedro de Menezes. **As Parcerias Público-Privadas na perspectiva Constitucional brasileira**. 225f. Dissertação (Mestrado em Direito) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2007.

OLIVEIRA, Luciano Moreira de. **Princípio da Universalidade do Acesso à Saúde e a Indevida Exigência de Comprovação de Hipossuficiência em Juízo**. Boletim do Instituto de Saúde, v. 12, n. 3, dez. 2010. Disponível em: <<http://www.periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bis/v12n3a04.pdf>>. Acesso em: 23 dez. 2018.

OLIVEIRA, Danilo de; SOUZA, Luciano Pereira de; LAMY, Marcelo. **Violação das obrigações estatais na área da saúde: a diferença entre as obrigações mínimas e as esperadas**. Caderno de Relações Internacionais, vol. 7, n. 13, ago-dez. 2016.

PAIM, Jairnilson Silva. et al. **The Brazilian Health System: history, advances and challenges**. The Lancet May 21, 2011; 377: 1778-1797. Disponível em [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60054-8/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60054-8/abstract). Acesso em: 25 ago2018.

PECI, Alketa; SOBRAL, Filipe. **Parcerias público-privadas: análise comparativa das experiências inglesa e brasileira**. Cadernos Ebape.BR, v. 5, n. 2, p. 1-14, 2007.

PEREIRA, César Augusto Guimarães. **A posição jurídica dos usuários e os aspectos econômicos dos serviços públicos**. 382 f. Tese (Doutorado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

PERES LUÑO, Antonio Henrique. **Los Derechos Fundamentales**. 6.ed. Madrid: Tecnos, 1995.

PIETRO, Maria Sylvia Zanella Di. **Parcerias na administração pública**. 11. Ed. Rio de Janeiro: Forense, 2017.

_____. **Discrecionalidade Administrativa na Constituição de 1988**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2012.

_____. **Privatização e o novo exercício de funções públicas por particulares**. In: MOREIRA NETO, Diogo de Figueiredo (Coord.). Uma avaliação das tendências contemporâneas do direito administrativo. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

PINA Elaine; FERREIRA, Etelvina; UVA, Mafalda Sousa. **Infecções associadas aos cuidados de saúde**. in: SOUSA, Paulo; MENDES, Walter. Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro, EAD/ENSP, 2014. p.137-158.

PINTO, Elida Graziane. **Novo Regime Fiscal e a mitigação dos pisos de custeio da saúde e educação**. In: Espaço temático: austeridade fiscal, direitos e saúde. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, vol. 32, n. 12, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016001200503 . Acesso em: 24 jan. 2019.

_____; SARELT, Ingo Wolfgang. **Regime previsto na EC 86/2015 deve ser piso e não o teto de gasto em saúde**. Consultor Jurídico. 2015. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2015-mar-24/gasto-saude-previsto-ec-862015-piso-nao-teto#top> . Acesso em: 24 jan.2019.

PINTO, I.C.M.; TEIXEIRA, C.F.; SOLLA, J.S.P.; CHIORO DOS REIS, A. A. **Organização do SUS e Diferentes Modalidades de Gestão e Gerenciamento dos Serviços e Recursos Públicos de Saúde**. In: Jairnilson Silva Paim; Naomar de Almeida-Filho. (Org.). Saúde Coletiva: Teoria e Prática. 1 ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014, v. 1, p. 231-244. (cap. 17).

PIOLA, Sérgio Francisco, et al. **Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde**. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013a. Vol. 4. pp. 19-70. ISBN 978-85-8110-018-0. Available from SciELO Books.

POLTRONIERI, Renato. **Parceria público-privada e a atuação administrativa: reflexões sobre a instituição de parcerias entre a administração pública e o setor privado e os contratos administrativos aplicáveis a esta forma especial de concessão de serviço público**. São Paulo: Editora Juarez de Oliveira, 2005.

PORTUGAL. Decreto-Lei n. 185 de 20 de agosto de 2002. Define o regime jurídico das parcerias em saúde com gestão e financiamentos privados. **Diário da República**. Lisboa. 20 agosto 2002. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/171692/details/normal?l=1> . Acesso em 20 mar.2019.

QUEIROZ, Marcos de Souza; VIANNA, Ana Luíza. **Padrão de política estatal em saúde e o sistema de assistência médica no Brasil atual**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 132-140. 1992.

QUINHÕES, Trajano Augustus Tavares. **Análise de um novo modelo de governança para hospitais públicos no Brasil segundo a abordagem dos custos de transação: o caso das organizações sociais no estado de São Paulo**. 168f. Tese (Doutorado em Administração), Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2008.

RADAR PPP. **Resumo dos Contratos de PPPS**. HOSPITAL REGIONAL METROPOLITANO (HRM) - Ceará. Disponível em: <https://www.radarppp.com/blog/a-primeira-ppp-no-brasil/> . Acesso 29 mar.2019.

REDOSCHI, Dagoberto Antonio. **Parceria Público-Privada: desafios e oportunidades**. Parcerias Público-Privadas no Brasil. Cadernos FGV Projetos, Rio de Janeiro, jan. ano 9, p. 72-79, n. 23, 2014.

REIS, Ricardo Ferreira; SARMENTO, Joaquim Miranda. **A ascensão e queda das parcerias público-privadas em Portugal**. In: OLIVEIRA, Gesner; OLIVEIRA FILHO, Luiz Chrysostomo. Parcerias Público-Privadas: experiências, desafios e propostas. Organizadores: Gesner Oliveira e Luiz Chrysostomo de Oliveira Filho. 1a ed. Rio de Janeiro: LTC, 2013. p. 148-149.

RESENDE, Ana Lúcia Magela de. **Saúde dialética do pensar e do fazer**. São Paulo: Cortez, 1986.

REZENDE, Flávio da Cunha. **Por que falham as reformas administrativas?** Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

RIBEIRO, JA; PIOLA, SF e SERVO, LMS. **As novas configurações de antigos problemas**: financiamento e gasto com ações e serviços públicos de saúde no Brasil. Apresentado na II Jornada de Economia da Saúde da ABRES, Belo Horizonte, dez. 2005. Publicado na revista Divulgação em Saúde para Debate, CEBES: Rio de Janeiro.

RIBEIRO, Maurício Portugal; PRADO, Lucas Navarro. **Comentários à Lei de PPP – Parceria Público-Privada**: fundamentos econômico-jurídicos. São Paulo: Malheiros, 2007.

SANDULLI, Aldo Mazzini. **Manuale Di Diritto Administrativo**. Nápoles: Casa Editrice Dott. Eugenio Jovene, 12 ed., 1974.

SANDULLI, Aldo Mazzini. **Il procedimento**. In: CASSESE, Sabino (Coord.). Trattato di diritto amministrativo - Diritto amministrativo generale. Tomo secondo. Milão: Dott. A. Giuffrè Editore, 2000.

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico M. de. **SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros**. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na constituição de 1988**. Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado (RERE), Salvador, Instituto Brasileiro de Direito Público, no. 11, setembro/outubro/novembro, 2007. Disponível na Internet: <<http://www.direitodoestado.com.br/rere.asp>>. Acesso em: 03.ago.2018.

SARLET, Ingo; Marinoni, Luiz Guilherme; Mitidiero, Daniel. **Curso de direito constitucional**. 4 ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

SARLET, Ingo; FIGUEIREDO, Mariana F. **O Direito Fundamental à Proteção e Promoção da Saúde na Ordem Jurídico-Constitucional**: uma visão geral sobre o Sistema (Público E Privado) de Saúde No Brasil. RIDB - Revista do Instituto do Direito Brasileiro, Ano 2 (2013), n. 4. p. 3183-3255. Disponível na internet:

https://www.cidp.pt/publicacoes/revistas/ridb/2013/04/2013_04_03183_03255.pdf. Acesso em: 07ago.2018.

SCHWARTZ, Germano André Doederlein. **Direito à saúde**: efetivação em uma perspectiva sistêmica. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SILVA, Beatrice Pedroso da. **O Sistema Único de Saúde**: O descompasso entre a realidade normativa e a realidade fática. Tese de Doutorado – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC- 2007.

SILVA, Paulo Bernardo. Parceria Público-Privada: Desafios e Oportunidades. Revista do TCU. Ed. Especial. Abril/Junho, 2005, p. 23-26. Disponível em: <https://revista.tcu.gov.br/ojs/index.php/RTCU/article/view/544> . Acesso em: 28 fev.2019.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 22. ed. São Paulo: Malheiros, 2003.

SIMÕES, Jorge. **Retrato político da saúde**. Dependência do processo e inovação em saúde da ideologia ao desempenho. Coimbra: Almedina, 2004.

SIPAGEH. **Sistema de Indicadores Padronizados para a Gestão Hospitalar (2008)**. UNISINOS – Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Disponível em: <http://www.projeto.unisinos.br/sipageh/>. Acesso em 05 abril 2019.

SOUTO, Marcos Juruena Velella. **Privatização e eficiência**. In: MOREIRA NETO, Diogo de Figueiredo (Coord.). Uma avaliação das tendências contemporâneas do direito administrativo. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

SOUZA, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. **O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças**. Saúde soc., São Paulo, v. 19, n. 3, p. 509-517, Sept. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 27.ago.2018.

SUNDFELD, Carlos Ari. **Guia Jurídico das Parcerias Público-Privadas**. In: SUNDFELD, Carlos Ari (coord.). Parcerias Público-Privadas. 2 ed. São Paulo: Malheiros, 2011.

TEIXEIRA, Josenir. **Assuntos Hospitalares na Visão Jurídica**. São Paulo: Pró-Saúde, 2008.

TOMS, Steven; BECK, Matthias; ASENOVA, Darinka. **Accounting, regulation and profitability**: The case of PFI hospital refinancing. Critical Perspective on Accounting. University of York, UK, volume 22, issue 7, october 2011. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1045235411000335> . Acesso em: 15 mar.2019.

TORRES, Marcelo Douglas de Figueiredo. **Estado, democracia e administração pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

TRAVASSOS, Cláudia; NORONHA, José Carvalho de; MARTINS, Mônica. **Mortalidade hospitalar como indicador de qualidade**: uma revisão. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p. 367-381, 1999.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. **O Sistema Único de Saúde**. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 531-562.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; e BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá e. **O Direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado**. *Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas*. V. 10, n. 3, 2016. ISSN: 1984-1639. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21057/repam.v10i3.21860>. Acesso em: 01set.2018.

VIGNOCHI, L.; GONÇALO, C. R.; LEZANA, Á. G. R. **Como gestores hospitalares utilizam indicadores de desempenho?**. *RAE- Revista de Administração de Empresas*, v. 54, n. 5, setembro-outubro, p. 496-509, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-759020140504>. Acesso em: 16 abril 2019.

YIN, Robert K. **Case study research, design and methods (applied social research methods)**. Thousand Oaks. Third Edition. Volume 5. California: Sage Publications. 2009.

WORLD BANK. **Public-Private Partnerships Reference Guide**. Version 3. PPP Knowledge Lab. 2017. Disponível em: <https://pppknowledgelab.org/guide/sections/54-assessing-value-for-money-of-the-ppp> . Acesso em: 25 fev.2019.