

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Medicina
Departamento de Medicina Social
Curso de Especialização em Saúde Pública

Márcio Rechia

O FENÔMENO DA PRIVATIZAÇÃO, TERCEIRIZAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DE
FUNDAÇÕES PÚBLICAS DE DIREITO PRIVADO NO SERVIÇO PÚBLICO DE
SAÚDE DO BRASIL

PORTO ALEGRE - RS

Junho 2014

Márcio Rechia

O FENÔMENO DA PRIVATIZAÇÃO, TERCEIRIZAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DE
FUNDAÇÕES PÚBLICAS DE DIREITO PRIVADO NO SERVIÇO PÚBLICO DE
SAÚDE DO BRASIL

Trabalho de conclusão de curso de
Especialização apresentado como
requisito parcial para obtenção do título
de Especialista em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Ms. Roberto Nunes Umpierre

PORTO ALEGRE
Junho 2014

Dedico este trabalho à minha amada filha, Amanda. Também dedico a Luiz Antônio Mattia, Fernando Andreatta Torelly, Edison José da Fonseca e Jules Rodrigues Pereira, pela franqueza.

RESUMO

RECHIA, Márcio. **O Fenômeno da Privatização, Terceirização e Implantação de Fundações Públicas de Direito Privado no Serviço Público de Saúde do Brasil.** Porto Alegre, 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Pesquisa Bibliográfica). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2014.

Este trabalho consiste em uma pesquisa bibliográfica quanto ao fenômeno da privatização, terceirização e implantação de fundações de direito privado no serviço público de saúde brasileiro, com o intuito de entender o fenômeno dessa aparente tendência que ocorre de forma generalizada nas três esferas de instância do poder executivo nacional, majoritariamente apoiada por seus respectivos parlamentos e inclusive endossada por grande parte do Poder Judiciário. Foram selecionadas fontes através dos seguintes descritores: terceirização na saúde, terceirização e Saúde Pública e terceirização e saúde. Com esses descritores, foram buscadas todas as publicações nacionais que tratam do tema, sendo que a mais antiga encontrada data de 1993. Desta forma, buscou-se encontrar respostas para a ocorrência desse fenômeno, independentemente do matiz ideológico dos governos que ascenderam ao poder nas últimas décadas. Também se buscou verificar a ocorrência de eventual precarização de vínculos a que os trabalhadores ingressantes no setor público, por estas modalidades, estejam sujeitos. O estudo chegou à conclusão de que ao menos, até o momento, não há publicações disponíveis que apontem de forma cabal os reais motivos para a principal indagação deste estudo, e a motivação para isso talvez resida muito mais na tergiversação por parte dos agentes envolvidos, indicando que possa o fenômeno dever-se muito mais a um generalizado pragmatismo de agentes políticos, ciceroneados por poderosos integrantes do setor privado da área da saúde e, principalmente, de uma ainda ausente tomada de decisão por parte da nação brasileira acerca do modelo que desejam para o setor saúde do país.

Palavras-chave: Terceirização na saúde. Terceirização e Saúde Pública. Terceirização e Saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA.....	6
1.2 JUSTIFICATIVA.....	6
1.3 OBJETIVOS.....	8
1.3.1 Objetivo Geral.....	8
1.3.2 Objetivos Específicos.....	8
2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	9
2.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	10
2.2 DELIMITAÇÃO DA PESQUISA.....	10
2.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	11
3 DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO.....	12
3.1 REVISÃO TEÓRICA.....	12
3.1.1 O SUS no contexto neoliberal.....	17
3.1.2 O instituto da estabilidade e sua origem.....	19
3.2 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	24
3.2.1 Terceirizações.....	29
3.2.2 Privatizações.....	34
3.2.3 A precarização de vínculos e das condições de trabalho.....	36
4 CONCLUSÕES / CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos vinte anos, percebemos um crescente e constante fenômeno considerado por alguns autores como de renúncia, entrega e/ou de transferência por parte do Estado brasileiro, em quaisquer de suas esferas em nível do poder executivo, de deveres que, em princípio, lhes incumbem constitucionalmente na forma direta de assistência na prestação de serviços na área da saúde pública (BRASIL, 1988).

As iniciativas de sucessivos governos, nesse sentido, indicam haver movimentos por parte de praticamente todos os detentores de cargos eletivos, que estejam levando, de fato, o Estado brasileiro a se eximir de suas obrigações e as repassando para a iniciativa privada nas mais diversas formas (SOARES, 2002).

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

O crescente fenômeno de privatização, terceirização e implantação de Fundações Públicas de Direito Privado no serviço público de saúde brasileiro.

1.2 JUSTIFICATIVA

Nas duas últimas décadas, a administração pública brasileira vem passando por um processo radical de mudanças, em razão da chamada Reforma Gerencial, formalmente implementada no ano de 1995, através do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Capitaneada por Luis Carlos Bresser Pereira, na época à frente do então Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), no governo Fernando Henrique Cardoso, que nada mais fez do que dar prosseguimento às políticas de seus dois antecessores, Itamar Franco e, anterior a este, Fernando Collor de Mello.

Na ótica de seus próceres e sob a égide da cartilha do Banco Mundial e do Consenso de Washington, a gestão pública deveria sofrer um processo de reforma dentro do contexto da redefinição do papel do Estado, que deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social, pela via da produção de bens e serviços, fomento e controle para restringir-se apenas na função de promotor e regulador desse movimento (ABUD, 2006).

O Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu como conquista depois de um longo processo de mobilização e de lutas que, desde os anos 70, vem envolvendo movimentos populares, trabalhadores em saúde, usuários, intelectuais, sindicalistas e militantes dos mais diversos movimentos sociais, que também puderam se rearticular no período, possibilitado pelo início do arrefecimento do regime ditatorial vigente.

Entre esses últimos, com importantes repercussões nas práticas de saúde, encontram-se o movimento feminista, a luta antimanicomial e o novo sindicalismo, além de inúmeras organizações não governamentais, e outras entidades da sociedade civil que passaram a se destacar na luta pela democracia e por direitos de cidadania (GOUVEIA, 1999).

Até a inauguração do SUS, a expansão do acesso ao cuidado médico-sanitário no Brasil vinha ocorrendo sem que se invocasse qualquer forma de socialização da atenção (CAMPOS, 2007). O Estado, por meio da Previdência Social – institutos por categoria profissional, depois unificados no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) – servia como um grande seguro estatal, que mais dinamizava o mercado da saúde do que o substituía (LIMA, 2005).

A lógica da compra de serviços a consultórios, hospitais privados e filantrópicos baseava-se na contabilidade de procedimentos realizados, funcionando o Estado como intermediário entre prestadores privados e o consumidor.

Observava-se a preservação da centralidade da remuneração por procedimento diagnóstico ou terapêutico presente na racionalidade do modelo liberal. Apesar da intermediação do Estado, conservou-se, naquele modelo, o estímulo econômico à produção de atos sanitários (CAMPOS, 2007).

Pois, apesar da bela e heroica história da sua origem, a assistência do sistema de saúde brasileiro vem sendo, progressivamente, mutilada com a crescente tendência dos últimos governos, a variadas formas de prestá-lo.

As estratégias de Reforma do Estado no Brasil não fogem a um movimento mais geral em direção a um suposto setor público não estatal (também chamado de Terceiro Setor), que se responsabilizaria pela execução dos serviços que não envolvessem o exercício do poder de Estado, mas que deveriam ser subsidiados por este (SOARES, 2005).

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

Realizar revisão bibliográfica quanto aos termos privatização, terceirização e implantação de Fundações Públicas de Direito Privado no serviço público de saúde brasileiro.

1.3.2 Objetivos Específicos

Descrever os motivos para a ocorrência desse fenômeno, que ocorre de forma generalizada, independentemente do matiz ideológico dos governos que ascendam ao poder;

Identificar a existência ou não de precarização de vínculos a que os trabalhadores ingressantes no setor, por estas modalidades, estão sujeitos.

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa é uma atividade básica da ciência na sua construção da realidade. Os procedimentos metodológicos são os caminhos previstos pelo método científico, pelos quais alcançamos os objetivos da pesquisa que serão descritos a seguir, respectivamente: caracterização da pesquisa, delimitação da pesquisa, técnicas e instrumentos de coleta de dados e técnicas de análise de dados.

A metodologia de pesquisa é o caminho do pensamento a ser seguido e ocupa um lugar central na teoria, tratando-se basicamente do conjunto de técnicas a ser adotada para construir uma realidade (MINAYO, 2003).

Assim, este estudo baseia-se na realização de uma pesquisa bibliográfica nacional com foco na prevalência de estudos acerca do tema, baseada em periódicos, artigos em bases de dados como LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e seus correlatos, além de legislação pertinente ao tema. A seguir, foi realizado um levantamento acerca do número de artigos com os seguintes descritores: Terceirização na Saúde Pública; Privatização da Saúde Pública; Terceirização e Saúde Pública; Terceirização e Saúde; Privatização e Saúde Pública.

Após, foram selecionadas as obras cujo mote esteja direta e explicitamente presente, em direção ao objetivo deste trabalho e a consequente pesquisa e análise bibliográfica dos mesmos. Também foi realizado um levantamento por ordem cronológica iniciada pelos primeiros artigos que abordam o tema.

Por tratar-se de uma pesquisa cuja fonte de dados possui natureza de caráter absolutamente secundária, não houve impedimentos de natureza ética para a sua realização e, portanto, não sendo necessário requerer aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa.

Trata-se, segundo seus objetivos, de um estudo bibliográfico exploratório descritivo e qualitativo, tendo em vista que o autor está procurando, através deste formato, identificar as abordagens do fenômeno objeto deste estudo e, portanto, conforme orienta Gil (2010), a leitura exploratória pode ser comparada à expedição de reconhecimento que fazem os exploradores de uma região desconhecida.

Sob a perspectiva da técnica de coleta de dados, trata-se de um estudo de pesquisa documental.

2.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Trata-se, segundo seus objetivos, de um estudo bibliográfico exploratório descritivo e qualitativo, tendo em vista que o autor está procurando através deste identificar o fenômeno da privatização, terceirização e implantação de Fundações Públicas de Direito privado e, portanto, conforme orienta Gil (2010), a leitura exploratória pode ser comparada à expedição de reconhecimento que fazem os exploradores de uma região desconhecida. Ainda segundo Gil (2010), a pesquisa exploratória visa uma maior aproximação com o problema para torná-lo mais explícito, mais claro ou desenvolver hipóteses, sendo que, principalmente, visa aperfeiçoar ideias ou descobrir intuições. Já o estudo descritivo, para o mesmo autor, tem por finalidade descrever as características de determinada população ou fenômenos ou estabelecer relações entre variáveis (GIL, 2010, p. 59).

A Pesquisa Qualitativa em Saúde, segundo Minayo (2003), trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variável. (MINAYO, 2003, p. 22).

Sob a perspectiva da técnica de coleta de dados, trata-se de um estudo de pesquisa bibliográfica.

2.2 DELIMITAÇÃO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo realizado através de um levantamento bibliográfico extraído em biblioteca virtual em base de dados como LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e seus correlatos, reportagens e notícias em jornais, além de legislação pertinente ao tema.

Foram utilizados para a pesquisa os seguintes descritores: terceirização na saúde; terceirização e Saúde Pública e terceirização e saúde. Com esses descritores, foram buscadas todas as publicações nacionais que tratam do tema, sendo que a mais antiga encontrada data de 1993.

Com esses descritores, foram identificadas 1031 (mil e trinta e uma) publicações, entre artigos científicos, livros, dissertações de mestrado e teses de

doutorado, reportagens, ensaios, legislações e reportagens em geral, dos quais foi realizada a leitura de seus resumos. Com essa leitura, foram excluídas as obras segundo os seguintes critérios de exclusão: obras que tratam do tema, mas fora do Brasil, e as publicações que, embora com descritores compatíveis, não se relacionassem diretamente com a premissa da terceirização e/ou a privatização da Saúde Pública brasileira. Foram mantidas as publicações que tratam exclusivamente do tema na esfera nacional e diretamente do tema do presente estudo. Assim, foram selecionadas 73 publicações, na forma de 40 artigos, duas teses de mestrado, uma tese de doutorado, 9 notícias em jornais impressos, 10 legislações (leis, portarias, decretos), 5 livros e 6 sítios da internet.

Desta forma, o estudo foi realizado através da leitura e análise dessas 73 obras, que tratam diretamente acerca da terceirização e/ou da privatização da Saúde Pública brasileira. A seguir, foi elaborada a tabela 1, a qual foram listados 49 trabalhos, os quais subsidiaram diretamente os resultados deste estudo.

2.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Os autores e suas obras consultadas foram fidedignamente citados e referenciados, conforme preconizado pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), respeitando, assim, a Lei de Direitos Autorais, de nº 9610/98, Art. 5º, entendendo-se, sob essa denominação, os direitos do autor e os que lhes são conexos.

3 DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO

3.1 REVISÃO TEÓRICA

O conceito de terceirização, conforme Giosa (1997), é definido como “um processo de gestão pelo qual se repassam algumas atividades para terceiros, com os quais se estabelece uma relação de parceria, ficando a empresa concentrada apenas em tarefas essencialmente ligadas ao negócio que atua”. No entanto, cada vez mais essa prática vem sendo utilizada como forma flexível de contratação de mão de obra necessária ao desempenho das atividades (GIOSA, 1997, p. 23).

No entanto, para Carelli (2007), terceirização entende-se como: “a entrega de determinada atividade periférica para ser realizada de forma autônoma por empresa especializada”. Porém, na prática, ela é confundida com fornecimento de mão de obra e “é abominada por todo o mundo do trabalho, e recebe pejorativamente o nome de *merchandage* (comércio ou comercialização do trabalho) e é condenada pelo primeiro princípio da OIT: o trabalho não é uma mercadoria” (CARELLI, 2007, p.59).

Já o princípio da terceirização, propriamente dita, na administração pública no Brasil, formalmente, inicia-se com o Decreto-lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967, que determinou a possibilidade de contratar serviços de terceiros da iniciativa privada, para desempenhar tarefas de execução, objetivando impedir o aumento do número de servidores (THÉBAUD-MONY e Druck, 2007).

Segundo Lamarca (2009), foi o primeiro movimento para uma reforma gerencial no Brasil, com o intuito de descentralizar e delegar competências “por meio da transferência de atividades para autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista, de forma a melhorar o dinamismo operacional” (LAMARCA, 2009, p.40).

Assim, torna-se possível a contratação de empresas pela administração pública. A terceirização foi utilizada inicialmente nos setores de transporte, conservação, custódia, operação de elevadores, limpeza, todos sendo contratados através de execução indireta (BRASIL, Decreto-Lei 200/1967), ou seja, por empresas não pertencentes à administração pública.

Ainda segundo Thébaud-Mony e Druck (2007), além do Decreto-lei 200/67, há também outros três dispositivos que tornaram possível a prática da terceirização: a

lei do trabalho temporário de 1974 (Lei nº 6.019 de 03/01/1974); o enunciado 331, do Tribunal Superior do Trabalho (TST), de 1993 e a Lei 8949, de 1994, “que possibilita a organização de cooperativas de prestação de serviços, constituídas por trabalhadores, que poderão executar o trabalho dentro da empresa contratante. Estabelece que qualquer que seja o tipo de cooperativa, não existe vínculo empregatício de seus membros, já que esses não são assalariados e, portanto, não estão sob a proteção da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), nem das leis e normas trabalhistas, e nem mesmo das convenções coletivas” (THÉBAUD-MONY e DRUCK, 2007).

Terceirização (ou “contratação”) é a delegação a terceiros da prestação de serviços que uma organização poderia ou deveria produzir. E, para Yang (2007), terceirizar significa ainda “transferir para terceiros” e é uma tradução livre da palavra inglesa *outsourcing*, um neologismo criado a partir da expressão original em inglês “*outside resource using*” (uso de recursos externos) (YANG, Dong-Hoon et al., 2007, p. 34).

Na literatura empresarial, a terceirização é tratada como a “criação de valor” para uma organização pela incorporação de produtos ou serviços que ela mesma poderia produzir, mas cuja produção é delegada a um terceiro. O diferencial do conceito de terceirização é que – utilizada a estrutura já existente e realizados os investimentos necessários - existiria a opção de produzir internamente o produto ou serviço. Se esse não for o caso, não fica caracterizada a terceirização (COSTA et al., 2003, p. 99).

Assim, na perspectiva de se tornarem mais competitivas e eficientes, as organizações adotariam a terceirização para poderem se concentrar nas áreas em que são mais competentes e delegar outras áreas a quem possa ter mais *expertise*, segundo uma lógica *smithiana* de especialização econômica (TAYLES, Drury Colin., 2001, p. 34).

Concentrar-se em um número restrito de atividades centrais pode reduzir custos e complexidade da operação, uma medida considerada especialmente benéfica em organizações mais maduras, que perdem agilidade em função de suas estruturas mais rígidas e hierárquicas (HARLAND, Christine, 2005, p. 25).

A opção pela terceirização é apresentada como uma decisão estratégica das organizações, em que seriam consideradas as vantagens de custo, de operação e de qualidade e/ou as oportunidades de ampliação da oferta e da cobertura geradas

pela opção por contratar (“comprar”) no lugar de prestar diretamente o serviço (“fazer”). E, retomando TAYLES (2001), embora muito frequentemente tomadas de forma *ad hoc*, as decisões sobre terceirização são reconhecidamente complexas. A rigor, devem ser precedidas de análises detalhadas de custos e benefícios, incluindo avaliação de riscos legais, tecnológicos e econômicos (TAYLES, Drury Colin., 2001; p. 34).

Por sua vez, a terceirização de atividades tradicionalmente desenvolvidas pelo setor público para o setor privado pode ser interpretada como um processo de adoção tardia, pela administração pública, de desenhos e modelos de gestão inicialmente implantados no setor privado (MATHONNAT, 2006, p. 912-13). A adoção dessa prática foi legitimada no decorrer dos últimos trinta anos pela disseminação, em um ambiente já globalizado, dos princípios do *New Public Management* (HOOD, Christopher, 1991, p. 3-19).

Já a terceirização de serviços públicos de saúde, propriamente dita, é definida como a prestação de serviços de escopos clínicos ou preventivos em nome do governo por prestadores não estatais, sendo, em geral, regulada por um documento contratual que especifica tipo e quantidade do serviço e validade do acordo (LAGARDE, 2009). A OMS reconhecia, entretanto, que existem vários formatos possíveis de terceirização e que essa era uma alternativa que, mal implementada, poderia causar mais danos do que benefícios aos sistemas de saúde (EVANS, 2006, p. 842).

Segundo Jeger (1996), terceirização diferencia-se da privatização pelo fato de, apesar de transferir a gestão e a operação de funções públicas para empresas, associações, cooperativas etc, o Estado ainda continuar responsável por elas, monitorando o desempenho dos novos gestores. O autor ainda sustenta que a terceirização de um serviço público pode ser considerada modalidade de parceria em que determinadas atividades de um ente público são transferidas a fornecedores particulares, conservando-se, entretanto, o controle estatal sobre quantidade, qualidade e preço dos bens e serviços fornecidos (JEGER, 1996, p. 165-80).

Entretanto, é necessário lembrar que a terceirização, por si só, não é garantia de eficácia e eficiência. É importante, sempre que possível, que esteja presente a competição entre os prestadores de serviço, aumentando o poder de escolha do comprador. Em alguns casos, empresas privadas são tão ou mais ineficientes do que as públicas (PRAGER, 1994, p. 176-84).

A competição entre os prestadores estimularia a eficácia e a eficiência (SORBER, 1995, p. 375-85).

A terceirização compreende uma postura estratégica, que apresenta pontos fortes, entre os quais a conversão de custos fixos em variáveis, maior flexibilidade, a economia com gastos de pessoal, o enxugamento na estrutura organizacional e a maximização dos investimentos (GLICKMAN et al., 1996, p. 94-97).

Entre as desvantagens, podem-se observar a perda de habilidades e competências em atividades estratégicas, a diminuição do poder da empresa-origem e a formação de grandes empresas-destino com forte poder de barganha (BRASIL, 1993, p. 6-11).

Outros pontos negativos, relatados por ASSIS (1997), são: intensificação do absenteísmo diário, profissionais desqualificados, alta rotatividade, diferenças de treinamento e até a ocorrência de roubos (ASSIS, 1997, p. 10-15).

Uma análise das vantagens e desvantagens revela que a decisão de terceirizar não se vincula apenas à análise econômico-financeira, mas, principalmente, à avaliação das implicações estratégicas (PINTO, 1995). O que talvez explique, ao menos em parte, as razões de governos de diferentes ideologias buscarem na entrega não apenas dos serviços, mas inclusive da contratação de pessoal, bem como da gestão dos serviços como um todo.

Quando volta-se para o outro termo, o da privatização, temos a definição dada por Polanco (1995), que considera que o termo 'privatizar' delimita um determinado tipo de ação mediante a qual as relações de propriedade, controle ou usufruto passam para as mãos de entidades jurídicas de natureza privada. Por essa definição, ficariam excluídos os processos de crescimento do setor privado pré-existente a uma decisão de privatizar e que não obedecem a uma decisão política explícita de privatizar (POLANCO, 1995, p. 55).

Para Di Pietro (2003), privatização, em sentido amplo, "abrange todas de medidas com o objetivo de diminuir o tamanho do Estado e que compreendem, fundamentalmente:

- a) desregulação (diminuição da intervenção do Estado no domínio econômico);
- b) desmonopolização de atividades econômicas;
- c) a venda de ações de empresas estatais ao setor privado (desnacionalização ou desestatização);

d) a concessão de serviços públicos (com a devolução da qualidade de concessionário à empresa privada e não mais a empresas estatais, como vinha ocorrendo);

e) os *contracting out* (como forma pela qual a Administração Pública celebra acordos de variados tipos para buscar a colaboração do setor privado, podendo-se mencionar, como exemplos, os convênios e os contratos de obras e prestação de serviços); é nesta última fórmula que entra o instituto da terceirização" (DI PIETRO, 2003, p. 17).

Para OTERO (2001): "numa acepção genérica, poderá dizer-se que o termo "privatizar" tem sempre o significado de tornar privado algo que antes o não era: privatizar envolve, por conseguinte, remeter para o Direito Privado, transferir para entidades privadas ou confiar ao setor privado zonas de matérias ou de bens até então excluídos ou mais limitadamente sujeitos a uma influência dominante privada. E, no ambiente estatal, a privatização da Administração Pública traduz o conteúdo de uma política ou orientação decisória que, visando reduzir a organização e a atuação do poder administrativo ou a esfera de influência direta do Direito Administrativo, reforça o papel das entidades integrantes do setor privado ou do seu direito na respectiva atuação sobre certas áreas, matérias ou bens até então objeto de intervenção pública direta ou imediata" (OTERO, 2001).

Já privatização em sentido estrito, segundo Di Pietro (2003), é o adotado pela Lei 9.491, de 09 de Setembro de 1997, e: "abrange apenas a transferência de ativos ou de ações de empresas estatais para o setor privado" (DI PIETRO, 2003, p. 19).

Encontra-se na forma de decreto presidencial de nº 2.271, datado de 07 de Julho de 1997, emitido por um dos próprios próceres da reforma administrativa brasileira, Fernando Henrique Cardoso, quando ocupante do cargo de presidente da república, já em seu primeiro artigo:

Art. 1º No âmbito da Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional, poderão ser objeto de execução indireta as atividades materiais acessórias, instrumentais ou complementares aos assuntos que constituem área de competência legal do órgão ou entidade.

§ 1º As atividades de conservação, limpeza, segurança, vigilância, transportes, informática, copeiragem, recepção, reprografia, telecomunicações e manutenção de prédios, equipamentos e instalações serão, de preferência, objeto de execução indireta.

§ 2º Não poderão ser objeto de execução indireta as atividades inerentes às categorias fundacionais abrangidas pelo plano de cargos do órgão ou

entidade, salvo expressa disposição legal em contrário ou quando se tratar de cargo extinto, total ou parcialmente, no âmbito do quadro geral de pessoal (BRASIL, 1997).

Já quando se vislumbra o sentido de privatizar um sistema de saúde, segundo Leys (2007), exige o controle privado das ações públicas, a sua oferta pelo mercado dos seguros ou pelo desembolso direto - quando um indivíduo paga diretamente ao prestador de serviços de saúde-, com a separação entre o financiamento e a oferta de serviços- e a instituição de suposta competição dentro do sistema, contrastando com os sistemas públicos que integram financiamento e assistência (LEYS, 2007).

3.1.1 O SUS no contexto neoliberal

Segundo Gouveia (1999), foi com surpresa que muitos receberam a destacada entrevista de George Alleyne, então diretor da OPS (Organização Panamericana de Saúde), ao jornal Folha de S. Paulo (14 dez. 1998). Nela, o dirigente propunha que o governo brasileiro, em meio à crise, abandonasse os atuais princípios constitucionais com relação à saúde e passasse a garantir apenas uma “cesta básica” (sic) de doenças e procedimentos, composta por vacinas, atenção primária e saneamento, além do fim da “gratuidade” dos serviços. Para além disso, somente através do mercado de planos e seguros privados (GOUVEIA, 1999).

Muitos talvez não tenham percebido que essa proposta neoliberal, longe de inovadora, repete aquilo que vem sendo defendido há mais de uma década pelo Banco Mundial – e por outras agências de cooperação internacional – propondo, explicitamente para o Brasil, o fim da saúde como direito, e de seu caráter público, universal e igualitário.

Tal direito seria substituído por determinados procedimentos simplificados e de baixo custo, os demais destinados aos que pudessem pagar. Como uma espécie de válvula de escape, restariam os pronto-socorros e as Santas Casas, a exemplo dos velhos tempos em que havia pacientes de primeira, segunda e terceira classe (GOUVEIA, 1999).

A tese afronta, de uma só vez, quatro dos princípios constitucionais básicos do SUS: contra a universalidade, uma política meramente focal; contra a integralidade, o que Alleyne chamou de uma “cesta básica”; contra a igualdade, o favor e a porta dos fundos de alguns hospitais; contra o controle público, as leis do mercado (COSTA, 1996).

Em trabalhos anteriores sobre política de saúde no Brasil, Campos (2007) identificou dois grandes projetos sanitários para o país, além da miríade de combinações existentes entre eles. Referiu-se às tradições polares dos sistemas nacionais de saúde e da velha alternativa liberal-privatista. O mesmo autor, ainda, assinala que são dois conceitos abstratos, indicativos de projetos políticos articulados a partir de valores e de interesses distintos. Ele os utiliza como recurso metodológico para identificar o modo como funcionam e são co-produzidos os sistemas de saúde, bem como os modelos de atenção.

“No concreto, sempre encontraremos algum de seus compósitos, misturas, mesclas hibridadas, ainda que seja possível assinalar que na Inglaterra, ou em Portugal e Cuba predominam a racionalidade dos sistemas nacionais e públicos; e nos Estados Unidos, a liberal-privatista” (CAMPOS, 2007).

Os atores sociais que os bancam costumam ser distintos. Em geral, o modo liberal-privatista é apoiado pelos prestadores privados, tendo nos médicos, entre outros profissionais, o seu principal intelectual orgânico, particularmente quando se trata de definir as formas concretas de organização da atenção e da oferta de serviços (BAHIA, 2005).

É evidente que partidos e políticos de tendência conservadora, bem como economistas, administradores e jornalistas, tendentes a defender o mercado como ordenador das relações sociais, costumam aderir a este projeto. Já a tradição dos sistemas nacionais foi construída em articulação com a luta dos trabalhadores em prol de políticas públicas ou do socialismo, particularmente em países europeus durante o século passado (CAMPOS, 1988).

Como essas duas tradições vêm se encarnando, no concreto, no processo brasileiro de construção de um sistema de saúde, para Campos (2007), a descrição de dois modos polares para a produção do cuidado em saúde realiza-se mediante o recurso da abstração, já que no concreto os discursos e práticas estão misturados, compondo elementos originários da tradição dos sistemas públicos com outras pró-mercado, o que produz uma tensão permanente entre estatização e privatização da atenção e da gestão à saúde (CAMPOS, 2007).

É sabida de longa data a influência que os médicos tiveram na constituição da política de saúde brasileira no período imediatamente anterior ao SUS. A expansão do acesso não dependeu apenas ou principalmente do movimento médico, já que

sindicatos, partidos políticos e movimentos de opinião pressionaram o governo com tal finalidade (BAHIA, 2005).

Os médicos, por meio de suas entidades e intelectuais orgânicos, foram influentes, principalmente, na eleição dos modos pelos quais se ordenaria esta expansão. No caso, seu discurso a favor da medicina liberal ou autônoma interferiu no desenho do modelo predominante naquela expansão: contratação de serviços privados de hospitais, clínicas e de profissionais semi-autônomos.

Segundo Campos (2007), essa modalidade de política permitiu uma curiosa, para a época, combinação entre intervenção do Estado e expansão dos negócios para médicos, prestadores privados e empresários do ramo saúde (CAMPOS, 2007).

Já Oliveira (1985), denominou essa alternativa de “política liberal-privatista”, para distingui-la tanto do modelo liberal tradicional quanto da alternativa socialista central aos sistemas nacionais. Nessa modalidade, o Estado mantinha suas tradicionais atribuições com a saúde pública, mas também entrava como agência financiadora e ainda com algum poder de regular o nascente mercado da atenção médico-hospitalar. O Estado, bem como bancos e empresas de seguros particulares, funcionariam como intermediários entre a maioria dos clientes e os profissionais e serviços privados de saúde (OLIVEIRA, 1985).

Esse é o modo de organização do cuidado ainda vigente nos Estados Unidos. A expansão do acesso depende do crescimento da renda da população ou do seguro privado e estatal/ previdenciário. Neste cenário, tende a predominar o paradigma biomédico e a lógica dele decorrente para pensar o desenho da atenção à saúde.

Observe-se que os médicos não são o único ator social do bloco político-ideológico liberal-privatista (BAHIA, 2005).

Na prática, articulam-se com partidos políticos, prestadores privados e intelectuais de várias origens. O SUS ainda carece de contrapor outros modos para pensar o processo saúde/doença/intervenção ao paradigma biomédico.

3.1.2 O instituto da estabilidade e sua origem

De acordo com o doutrinador Hely Lopes Meirelles, estabilidade é a garantia constitucional de permanência no serviço público outorgada ao servidor que,

nomeado por concurso em caráter efetivo, tenha transposto o estágio probatório [...] (MEIRELLES, 1995).

Sobre o mesmo tema, o jurista Paulo de Matos Ferreira Diniz aduz que:

[...] a estabilidade é um atributo do cargo público que assegura a continuidade da prestação do serviço público, que é de caráter permanente... é, portanto, uma propriedade jurídica do elo que ata a pessoa estatal ao servidor titular do cargo público de provimento efetivo. É, portanto, uma propriedade jurídica do elo que ata a pessoa estatal ao servidor titular do cargo público de provimento efetivo (DINIZ, 1998).

Trata-se, portanto, de um direito constitucional do servidor de permanecer no serviço público, protegido de demissões arbitrárias e ilegais.

A estabilidade, instituto previsto no *caput* do art. 41 da Constituição Federal, somente é auferida pelo *servidor público civil*, ou seja, aquele que foi nomeado para o cargo de provimento efetivo por meio de concurso público de provas ou de provas e títulos.

Assim, para obtenção deste benefício, deve o servidor ter prestado concurso público para cargo efetivo e, ainda, ser detentor de um cargo previsto em lei específica da categoria.

A origem do instituto da estabilidade surgiu nos Estados Unidos da América para evitar a prática antidemocrática e predatória na Administração Pública, em decorrência da constante alternância no Poder Público de partidos políticos tradicionais (Democrata e Republicano), segundo Diniz (1998, apud COUTINHO, 1999).

Desta forma, conseqüentemente, tais entidades, ao galgarem os postos de comando da máquina estatal, demitiam os servidores considerados contrários ou desnecessários à política da vez, para darem lugar aos simpatizantes, reputados de sua confiança. Procedimento esse que causava significativa interrupção dos serviços públicos, tanto em quantidade como em qualidade. Na verdade, quem mais perdia era a própria sociedade, e não apenas os dispensados.

Assim, por interesse coletivo social, o instituto da estabilidade foi implementado no sentido de dar proteção à população na prestação das atividades essenciais do Estado. Daí a razão de ter sido erigido com *status* de direito constitucional (DINIZ, 1998, apud COUTINHO, 1999).

Já para Guimarães Filho (2004), o principal objetivo da estabilidade é isentar os servidores públicos de perseguições políticas e demissões infundadas. É de vital

importância que o servidor público sinta-se seguro para priorizar a prestação de serviços à sociedade e não a superiores hierárquicos, por pressão ou visando obter privilégios. Desta forma, protegendo o servidor público de práticas injustas quanto à ocupação de um cargo, a estabilidade também protege a sociedade, posto que impeça a descontinuidade dos serviços públicos, além de impedir que os órgãos da administração pública sejam usados como “cabides de emprego” e sejam palcos de práticas nepotistas e clientelistas (GUIMARÃES FILHO, 2004).

A estabilidade é ainda definida por Diniz como “um atributo do cargo público que assegura a continuidade da prestação do serviço público, que é de caráter permanente”. É, portanto, o dispositivo constitucional que afirma a permanência do servidor no serviço público, afastando o risco de demissões arbitrárias e perseguições políticas (DINIZ, 1998, p. 20).

Coutinho também acrescenta que a estabilidade justifica-se pela indispensável neutralidade e imparcialidade no exercício das funções públicas. Ainda segundo o mesmo autor, só existe Estado Democrático de Direito se, ao mudarem os agentes políticos de um Estado, os seus agentes administrativos efetivos possuam garantias para exercerem com imparcialidade a sua função pública. Se assim não for, tais agentes não estão sujeitos à vontade da lei e, sim, à vontade e caprichos de cada agente político que assume o poder (COUTINHO, 1999, p. 104 e 5).

Em suma, a justificativa para a criação do instituto da estabilidade do servidor público tem base no princípio da continuidade. Com a criação do instituto da estabilidade, não se verificou mais a demissão em massa de agentes públicos, garantindo, assim, a continuidade dos serviços primordiais à sociedade.

Assim, a manutenção de referido instituto é primordial à Administração Pública por ser “meio” hábil a defender interesse comum e não “fim”, como se fosse mero privilégio individual (SAKAI, 2014).

Ainda segundo Sakai (2014), o objetivo maior do instituto da estabilidade consiste em proporcionar independência à Administração Pública nas mais variadas funções exercidas, mantendo a continuidade da prestação funcional, bem como a melhoria dos serviços prestados. Assim, o instituto da estabilidade galgou o status de premissa constitucional, sendo reconhecido e defendido de forma abrangente no mundo jurídico (SAKAI, 2014).

Hoje, é cada vez mais latente a necessidade de manutenção do quadro funcional da Administração Pública com profissionais especializados.

Por fim, conclui-se que o instituto da estabilidade é um instrumento de controle da função pública, quanto à qualidade e eficiência, não podendo ser interpretado como privilégio pessoal, nem mesmo como elemento de proteção dos servidores que não desempenham, com excelência, as suas funções.

Mas, novamente, retrocedendo no tempo, Caetano (1977) discorre que, nas velhas monarquias europeias, não se distinguem os órgãos da Administração e os da Justiça. Todos recebiam a sua autoridade do Soberano, o Rei, que em si concentrava a plenitude do Poder. Somente a partir do constitucionalismo liberal é que foi feita a distinção nítida entre os órgãos judiciários e administrativos, assegurando-se a independência dos juízes (CAETANO, 1977).

Segundo o mesmo autor, com o liberalismo, os órgãos administrativos ficaram muito ligados à política, e os seus agentes eram recrutados entre os indivíduos com serviços prestados ao partido que ocupava o governo e que usava as funções públicas como moeda de aquisição de *apaniguados* ou de pagamento de favores.

Resultado disso era a precariedade da situação dos funcionários, pois a modificação de governo podia pôr em causa a sua permanência nos cargos. Tal ligação da função pública à política chegou ao seu apogeu nos Estados Unidos do século XIX, onde o partido vitorioso expulsava os adversários do serviço público, para assegurar cargos aos seus amigos e correligionários.

Ainda de acordo com Caetano (1977), “era o *spoil system* – as funções públicas constituíam os despojos da batalha eleitoral que, por direito, pertenciam à facção vitoriosa” (CAETANO, 1977, p. 362).

Naquele período da história estadunidense, a função pública era considerada um emprego como outro qualquer. Em face da extrema flexibilidade social então existente, com muitas oportunidades de ocupação e iniciativa, que permitia aos cidadãos frequentemente mudarem de atividade, a função pública não constituía profissão nem implicava carreira.

Na Europa, todavia, a mentalidade era diferente. Nas monarquias absolutistas, conquanto, em regra, tudo girava em torno da vontade do soberano, havia certa “tradição de devoção à função pública e de estabilidade dos servidores nos cargos” (CAETANO, 1977).

Essa tradição, de certa forma, perdurou nos novos regimes liberais, donde surgiu a aspiração de estabilidade daqueles que exerciam as funções públicas e a tendência para a profissionalização dos funcionários.

É nesse contexto histórico que se deve vislumbrar o surgimento da estabilidade, como narra Marcelo Caetano (1977):

Efetivamente, à medida que se multiplicavam os serviços públicos, a experiência não tardou a demonstrar aos políticos que a máquina do Estado tinha de funcionar com regularidade e continuidade através das vicissitudes das vitórias partidárias e das mudanças governamentais (CAETANO, 1977).

Eis a razão de ser do instituto da estabilidade do servidor público, que passou a ser universalmente consagrado. Ninguém duvida da necessidade de conceder ao servidor certa garantia de permanência no serviço público. Mesmo quem defende a alteração da estabilidade reconhece que ela é necessária, seja para que o servidor permaneça alheio a perniciosas injunções políticas, seja para evitar solução de continuidade no serviço público.

Segundo Pereira (1995), a estabilidade é necessária na medida em que defende o Estado e seus funcionários contra os poderosos e os corporativistas (PEREIRA, B. 1995).

Para Ramos (1995), claro está que o Estado precisa contar com um quadro de servidores estáveis, imunes aos humores e interesses dos políticos episódicos, levando-se em conta a necessária continuidade na execução dos serviços, planos administrativos, política econômica, moralidade e eficiência, que somente podem ser assegurados pela estabilidade da máquina burocrática” (RAMOS, S.1995).

Manoel Gonçalves Ferreira Filho (1990) explica a finalidade do instituto em exame, na seguinte lição:

O poder de demitir deve ser estritamente regulado, na medida em que se desejar a constituição de um corpo administrativo estável, isento, no máximo, de influências políticas. Do contrário, é de se temer a implantação do spoil's system, a alternância dos partidos no poder significando o afastamento em massa de servidores para a admissão de outros que, filiados aos triunfantes, com eles partilhem dos despojos[...] (FILHO, M.G.F, 1990, p. 272).

Com base em tais fundamentos, não há como negar que a estabilidade existe muito mais em benefício da sociedade e do Estado que em proveito do próprio servidor estável, como assevera Celso Antônio Bandeira de Mello (1994):

Tal regime, atributivo de proteções peculiares aos providos em cargo público, almeja, para benefício de uma ação impessoal do Estado – o que é uma garantia para todos os administrados –, ensejar aos servidores condições propícias a um desempenho técnico isento, imparcial e obediente tão-só a diretrizes político-administrativas inspiradas no interesse público, embargando, dessarte, o perigo de que, por falta de segurança, os agentes administrativos possam ser manejados pelos transitórios governantes em proveito de objetivos pessoais, sectários ou político-partidários. A estabilidade para os concursados, após cumprimento do estágio probatório, a reintegração (...), consistem em benefícios outorgados aos servidores, mas não para regalo destes, e sim para propiciar, em favor do interesse público e dos administrados, uma atuação impessoal do Poder Público (MELLO, 1994).

Assim, segundo Villa-Verde Filho (1997), a estabilidade é a garantia que, ao mesmo tempo em que estimula o profissionalismo dentro do serviço público, proporciona independência funcional, colocando o servidor a salvo de eventuais pressões ou perseguições, de modo a poder atuar tecnicamente orientado para finalidades públicas e não em proveito de interesses partidários ou pessoais dos detentores ocasionais do poder (VILLA-VERDE FILHO, 1997).

3.2 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

É apresentado, a seguir, a síntese das obras e a tabela 2, contendo os resultados:

TABELA 1- RESULTADOS

Estudo (Nome Autor e Ano)	Tópico	Publicação	Principais Aspectos Teóricos
BERTOLOZZI, M.R.; CASTOR, B.V.J., 1996	Políticas de Saúde no Brasil: Reconstrução Histórica	Revista da Escola de Enfermagem da USP; v. 30, n.3, p. 380-98.	Terceirização é o conceito predominante.
VILLA-VERDE FILHO, E. 1997	A estabilidade no serviço público em face da proposta do governo FHC de flexibilização	Brasília a. 34n. 134. abr/jun. 1997.	Privatização é o tema predominante.
Parecer do Ministério Público do Rio Grande do Sul	Parecer sobre terceirização e parcerias na Saúde Pública.	Site do Ministério Público do RS	Terceirização é o conceito predominante.
ALCANTARA, C.M. 1999 A	Processo Decisório de Terceirização em Secretarias Mun. de Saúde	RAP, Rio de Janeiro; 33 (6), p. 25-40.	Idem supra.

Estudo (Nome Autor e Ano)	Tópico	Publicação	Principais Aspectos Teóricos
GOUVEIA R. e PALMA, J.J., 1999 B	SUS na Contramão do Neoliberalismo e da Exclusão Social	Estudos Avançados; 13 (35).	Idem supra.
MATOS, C.A. de, 2003	Análise da Relação entre os prestadores privados de Serviços de Saúde e o SUS	Ciência & Saúde Coletiva; 8 (2): 629-643.	Idem supra.
PEREIRA, L.D. 2004	Gestão da força de trabalho em saúde na década de 90	PHYSIS: Saúde Coletiva. 14(2): 363-82.	Terceirização e privatização são os conceitos predominantes.
CORREIA, M.V.C., 2005 A	A Saúde no Contexto da Crise Contemporânea do Capital: O Banco Mundial e as Tendências da Contra-Reforma na Saúde	Política de Saúde e Serviço Social: Impasses e Desafios. Temporalis. Revista da ABEPSS, Ano VII, n. 13, São Luiz, 2007.	Privatização é o tema predominante.
(Mesmo autor supra) 2005 B	Controle Social na Saúde	Sociedade em Debate, Pelotas, 13(2): 121-136, jul.-dez./2007.	Idem supra.
Parecer aprovado na 150ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde	As Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIPs.	http://conselho.saude.gov.br/docs/Parecer/perecer.doc	Idem supra.
SILVA, G.G.A., 2006 A	Antinomia Público X Privado	Interface – Comunic, Saúde, Educ, v. 9, n. 18, p. 7-24.	Idem supra.
PEREIRA, J.D., et al. 2006 B	Políticas Sociais no contexto neoliberal: Focalização e Desmonte de Direitos	Qualit@s – Revista Eletrônica – ISSN 1677-4280 – Edição Especial	Idem supra
COUTINHO, N.N. 2006	Organizações Sociais e contratos de gestão	Revista de Direito Público, Londrina, v. 1, n.2. p. 25-40.	Terceirização e privatização são os conceitos predominantes.
CAMPOS, G.W.S., 2007 A	O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde	Departamento de Medicina Preventiva e Social, FCM/UNICAMP, p. 1866 a 1874.	Privatização é o conceito predominante.
AMADIGI F.R., 2007 B	A Relação Público-Privado na Saúde Brasileira	Cienc. Cuid. Saúde; 6 (4):508-513.	Terceirização é o conceito predominante.

Estudo (Nome Autor e Ano)	Tópico	Publicação	Principais Aspectos Teóricos
MACHADO, C.V., 2007 C	O modelo de Intervenção do Ministério da Saúde nos anos 90	Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(9): 2113-26, Set. 2007.	Terceirização e privatização são os conceitos predominantes.
GRANEMANN, S., 2007 C	Fundações Estatais	GRANEMANN, Sara. Fundações Estatais: projeto de Estado do capital. 1ª ed., Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2007.	Privatização é o conceito predominante.
BRAVO, M.I. et al, 2008 A	OSS como forma de gestão privada no público	Barbosa N.B., Elias PEM.	Terceirização e privatização são os conceitos predominantes.
MATTA, G.C., 2008 B	Contradições e Desafios nas duas primeiras décadas do SUS	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Editora Fiocruz.	Terceirização é o conceito predominante.
BAHIA, L. 2008 C	A Démarche do Privado e Público no Sistema de Atenção à Saúde no Brasil	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Editora Fiocruz. Parte 2, Cap. 4.	Privatização é o conceito predominante.
MODESTO, P., 2008 D	Política de Saúde na Atual Conjuntura: Modelos de Gestão	Ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 48 p., 2008.	Terceirização e privatização são os conceitos predominantes.
NOGUEIRA, L.M.Y. 2008 F	O Desmonte do SUS	Ed. Tibagi, PR.	Idem supra.
BAPTISTA, T.W., 2009 A	A dicotomia necessária à inovação na gestão de recursos humanos em uma organização pública.	Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, RJ.	Terceirização é o conceito predominante.
VIOLIN, T.C., 2009 B	As novas modalidades Institucionais de gerência das unidades assistenciais	Gestão Pública e relação público-privado na saúde, RJ: CEBES.	Terceirização e privatização são os conceitos predominantes.
BRAVO, M.I.S., et al, 2009 C	Responsabilidade do Estado e direito à Saúde no Brasil	Ciência & Saúde Coletiva, 14(3): 829-39, 2009.	Idem supra.

Estudo (Nome Autor e Ano)	Tópico	Publicação	Principais Aspectos Teóricos
BJÖRKMAN, J.W. 2009 D	Reformas de Saúde em perspectiva comparada	Ciência & Saúde Coletiva, 14(3): 763-770, 2009.	Idem supra.
NOGUEIRA, L.M.Y. 2009 E	Estabilidade <i>versus</i> flexibilidade	Dissertação de Mestrado – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, RJ.	Idem supra.
CASTRO, A.L.B. e MACHADO, c.v., 2010 A	A política de atenção primária no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento	Cad. De Saúde Pública, RJ, 2010.	Idem supra.
NOGUEIRA, R.P., 2010 B	Organizações Sociais de Saúde (OS)	Ciência & Saúde Coletiva, 15(5): 2483-2495, 2010.	Idem supra.
BAHIA, L. 2010 C	O desenvolvimento federativo do SUS e as novas modalidades institucionais de gerência	Gestão Pública e Relação Público/Privado na Saúde. Cap. 2.	Terceirização é o conceito predominante.
OCKÉ-REIS,C.O. 2010 D	SUS: O desafio	Documento Cebes, jan. 2010	Idem supra.
CORDEIRO, C.D., et al 2010 E	A participação e a criatividade como ferramentas de análise	Ciência e Saúde Coletiva, 15 (4).	Terceirização e privatização são os conceitos predominantes.
ALBERTO, et al 2010 F	O quadro dos trabalhadores federais em saúde no Brasil	Physis vol.21 no.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 2011	Idem supra.
BARBOSA, N.B. e ELIAS, P.E.M. 2010 G	As Organizações Sociais de Saúde	Ciênc. saúde coletiva vol.15 no.5 Rio de Janeiro Aug. 2010	Idem supra.
BRAVO, M.I.S. e MENEZES, J.S.B., 2011 A	O Sistema de Saúde Brasileiro	Rede Sirius, Rio de Janeiro.	Terceirização é o conceito predominante.
SCHEFFER, M. e BAHIA, L., 2011 B	Representação política e interesses particulares na saúde	Interface. Comunic., Saúde e Educação. V. 15, n. 38, p. 947-56.	Terceirização e privatização são os conceitos predominantes.
BAHIA, L. et al, 2011 C	O Sistema de Saúde Brasileiro	The lancet.com	Privatização é o conceito predominante.

Estudo (Nome Autor e Ano)	Tópico	Publicação	Principais Aspectos Teóricos
FONSECA, E.J. 2011 D	Nota Técnica – MP 520/2010 (EBSERH)	Página da web: http://www.sedufsm.org.br/docs/Doc_110228-136.pdf	Terceirização e privatização são os conceitos predominantes.
MENDES, J.M.R. et al 2011 E	Gestão na Saúde nas ameaças de desmonte do SUS	Textos & Contextos, v. 10, n.2, p. 331-44 ago-dez. 2011.	Idem supra.
MARTINS, A.F., 2012 A	Precarização e violência no trabalho em instituições públicas de saúde	Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro.	Terceirização é o conceito predominante.
SANTOS, M.A.B., 2012 B	Terceirização da prestação de serviços de saúde no SUS	Tese (Doutorado) – Instituto de Com. E Inf. Científica e Tecnológica – Biblioteca de Saúde Pública	Idem supra.
BORGES, et al, 2012 C	Privatização neoliberal do SUS: O papel das OSS.	Editora Cultura Acadêmica, 160 p.	Privatização é o conceito predominante.
RIBEIRO, S.A., 2012 D	Contrarreforma do setor saúde	Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Juiz de Fora.	Terceirização e privatização são os conceitos predominantes.
DINIZ, T.G.S. et al 2012 E	Estabilidade no emprego e o comportamento do servidor	IX Simpósio de excelência em Gestão e tecnologia	Privatização é o conceito predominante.
MARTINS, M.I.C. e MOLINARO, A. 2013 A	Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil	Departamento de Ciências Sociais. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.	Idem supra.
CARDOSO, F.M. e CAMPOS, G.W.S., 2013 B	Reformas Neoliberais, Reforma Sanitária Brasileira e Fundações Estatais de Direito Privado	Saúde em Debate. RJ, v. 37, n. 97, p. 219-32, abr/jun, 2013.	Privatização é o conceito predominante.
DIENSTMANN, S.T.S. 2013 C	A transferência da prestação dos serviços de saúde pública à iniciativa privada	http://crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/arquivos/article/download/457/447 .	Terceirização e privatização são os conceitos predominantes.
SANTOS, C.V. e MANCIBO, D. 2013 D	O Servidor Público no mundo do trabalho do século XXI	Psicologia: Ciência e Profissão, 33 (1), p. 192- 207.	Idem item supra.

Estudo (Nome Autor e Ano)	Tópico	Publicação	Principais Aspectos Teóricos
SILVA, J.R. e et al 2014	Articulações de carreira em torno do Setor Público	RAC, RJ, v. 18, n1 art.1 p. 1-19	Idem item supra.

Total: 49

3.2.1 Terceirizações

Segundo Bertolozzi e Castor (1996), no panorama da saúde brasileira, as políticas de planejamento das últimas décadas reforçaram a privatização dos serviços médicos, através da compra de serviços através da Previdência, sob a forma de unidades de serviço que inclusive foram custeadas pela própria, por meio de incentivos financeiros (BERTOLOZZI e CASTOR, 1996).

Não há dúvida de que a opção neoliberal que visou reduzir o papel do Estado e a remeter a regulação da saúde para o âmbito privado trouxeram gravíssimos anacronismos, pois, dentre outros argumentos, encontram-se experiências de âmbito internacional, como Chile e México, que evidenciam que os mecanismos de mercado apontam para a ineficiência, a ineficácia e a desigualdade crescentes (BERTOLOZZI e CASTOR, 1996).

Cardoso e Campos (2013) listam alguns elementos que condicionam os avanços e retrocessos da política pública de saúde em nosso país:

1º - A coexistência de um setor privado de seguros-saúde, que se fortaleceu e é tendencialmente hegemônico – Permitida pela Constituição Federal de 1988, é um dos principais bloqueios estruturais ao aprofundamento do caráter público do SUS;

2º - A sucessão de ataques ao financiamento dos direitos sociais nas décadas de 1990 e 2000 – Desde os vetos de Collor aos pontos sobre financiamento ao SUS, nas leis nº 8.080, passando pela criação do que hoje se chama Desvinculação das Receitas da União (DRU), pela criação do regime de metas de inflação, pela perenização da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), pelas propostas de reforma tributária que são, simplesmente, desoneração do capital, entre outros pontos, o financiamento dos direitos sociais – incluindo a saúde – sofre a violência da política

de ajuste fiscal, isto é, do sacrifício dos direitos democráticos em detrimento da remuneração da burguesia rentista, nacional ou internacional, que vive da dívida pública brasileira;

3º - As novas formas de gestão da força de trabalho – Em decorrência do processo acima, em especial da LRF, que coloca limites estreitos para o gasto com pessoal, os governos que se sucederam no período, todos agentes do ajuste fiscal, propuseram reformas administrativas que enquadrassem as políticas públicas dentro dos limites do consenso neoliberal. Exemplos são as Organizações Sociais (OSs), as Parcerias Público-Privadas (PPPs) e as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs) (.CARDOSO e CAMPOS, 2013).

Para Martins e Molinaro (2013), considerando o trabalho como ato social e atividade pública coletiva, julgam importante recuperar as características políticas, sociais, públicas e coletivas do trabalho enquanto promotor de cidadania social.

Em especial, na área da saúde, a produção acadêmica em relação ao tema gestão do trabalho vem tendo como foco principal o processo de flexibilização e de incorporação de pessoal no setor público e privado, na perspectiva do direito à saúde e do dever do Estado em provê-lo (MARTINS e MOLINARO, 2013).

Santos (2012) destaca que a relação entre a saúde pública e prestadores privados no Brasil não é nova. A estruturação das políticas de saúde no país, desde sua gênese, esteve vinculada a projetos desenvolvimentistas, que envolveram, sob desenhos diversos, o atendimento a interesses de trabalhadores e empresários, com destaque para um empresariado emergente na saúde a partir da década de 1950.

A autora indica, ainda, que o Brasil apresentava, ao final da década de 1980, um dos maiores setores hospitalares privados do mundo, com uma média de 2,5 leitos privados por mil habitantes, comparado a 0,5 leitos por mil habitantes nos mais de 50 países de média e baixa renda estudados. As relações do setor público com o setor privado, base para a prestação de serviços à época do Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social (INAMPS), foram preservadas no Sistema Único de Saúde (SUS). A participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde é prevista na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde – a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990 (SANTOS 2012).

Mas a mesma autora ainda adverte que, além dos custos de transação, os custos da terceirização podem incluir um aumento de custos sociais relacionados à equidade, provocado pela seleção de pacientes menos onerosos pelo contratado.

A escolha dos segmentos de atuação mais vantajosos e a pressão pela expansão do consumo são inerentes à atuação de prestadores de mercado. A prestação de serviços com bases sociais precisa justamente garantir o atendimento a segmentos menos vantajosos e assegurar-se de que eventuais aumentos de utilização dos serviços tenham como base a necessidade da população atendida e não unicamente o desejo de consumidores independentes (SANTOS, 2012).

Mesmo no mais estratégico e simbólico órgão do país, o Ministério da Saúde, não escapou à sanha do fenômeno da terceirização crescente e, conforme Alberto et al. (2010), o nível central do Ministério foi pouco beneficiado com a realização de concursos, mantendo baixa proporção de servidores e alta dependência de consultores, terceirizados e contratos temporários.

A autora acrescenta ainda que mesmo as agências reguladoras da saúde que receberam servidores concursados a partir de 2005, mas em 2008 ainda apresentavam trabalhadores com outros tipos de vínculos. Na Fiocruz, observou-se um incremento do número de servidores, porém um aumento maior dos terceirizados (ALBERTO et al., 2010).

O quadro de trabalhadores da Secretaria de Atenção à Saúde, que tem sob sua responsabilidade a gestão de políticas correspondentes à maior parte do orçamento do Ministério da Saúde, compreende 42,5% de servidores permanentes. Observa-se um alto percentual de trabalhadores com outros vínculos, o que é preocupante em uma área tão estratégica, que requer conhecimento técnico especializado e mobiliza um volume expressivo de recursos. Conforme Alberto apud Silva (2006), os consultores e terceirizados representam metade dos trabalhadores dessa secretaria (SILVA, 2006).

A Constituição Federal de 1988 estabelece uma divisão em ordem econômica e ordem social. Com relação à ordem econômica, fica mais claro o caráter de subsidiariedade do Estado na prestação direta de atividades econômicas. Ou seja, sem adentrarmos na questão do serviço público (art. 175), as atividades econômicas apenas poderão ser exploradas diretamente pelo Estado quando necessárias aos imperativos da segurança nacional ou a relevante interesse coletivo (art. 173), além, é claro, dos casos de monopólio da União (art. 177) (BRASIL, 1988).

Mas, para Violin (2009), quando analisamos a ordem social tratada a partir do art. 193, a situação se inverte, pois a Constituição é clara ao responsabilizar o Estado como ator principal - na questão social, principalmente na educação, saúde e assistência social. Preliminarmente, o próprio art. 193 dispõe que a ordem social objetiva o bem-estar social e a justiça social, deixando claro o caráter social - e não neoliberal – de nossa Constituição, que visa um Estado do Bem-Estar Social (VIOLIN, 2009). Já Mello (2007), entende que a Constituição de 1988:

apresenta-se como uma estampada antítese do neoliberalismo” o que “arrasa liminarmente e desacredita do ponto de vista jurídico quaisquer veleidades de implantação, entre nós, do ideário neoliberal (MELLO, 2007).

É importante ressaltar que o que se terceiriza é a prestação de serviços de atividade-meio, e não a disponibilização de mão de obra. Segundo Ramos (2001):

A empresa de colocação de mão de obra, assumindo uma atitude de exploração do trabalho alheio, intermedia a relação entre patrão e empregado, subtraindo uma parte da remuneração deste. Por equiparar 'trabalhador' e 'mercadoria', é prática repudiada pela doutrina e jurisprudência. A vedação de intermediação de mão de obra prestigia princípios ligados à moral, que objetivam desestimular a exploração do homem pelo homem (RAMOS, 2001).

Na Administração Pública, acresça-se que a contratação de pessoal exige a realização de concurso público (artigo 37, II, da Constituição Federal). Sobre terceirização, o Enunciado nº 331, do Tribunal Superior do Trabalho – TST, dispõe o seguinte:

- I - A contratação de trabalhadores por empresa interposta é ilegal, formando-se o vínculo diretamente com o tomador dos serviços, salvo no caso de trabalho temporário (Lei nº 6.019, de 03.01.1974).
- II - A contratação irregular de trabalhador, mediante empresa interposta, não gera vínculo de emprego com os órgãos da administração pública direta, indireta ou fundacional (art. 37, II, da CF/1988).
- III - Não forma vínculo de emprego com o tomador a contratação de serviços de vigilância (Lei nº 7.102, de 20-06-1983), de conservação e limpeza, bem como a de serviços especializados ligados à atividade-meio do tomador, desde que inexistente a pessoalidade e a subordinação direta.
- IV - O inadimplemento das obrigações trabalhistas, por parte do empregador, implica a responsabilidade subsidiária do tomador dos serviços, quanto àquelas obrigações, inclusive quanto aos órgãos da administração direta, das autarquias, das fundações públicas, das empresas públicas e das sociedades de economia mista, desde que hajam participado da relação processual e constem também do título executivo judicial (ART. 71 da Lei nº 8.666, de 21.06.1993).

Relembrando o que diz nossa Carta Magna, a iniciativa privada tem participação complementar na prestação de serviços de saúde ao Sistema Único de

Saúde (Art. 199, § 1), que se caracterizam como serviços de relevância pública (art. 197). Quando a capacidade instalada do Estado for insuficiente, tais serviços podem ser prestados por terceiros, ou seja, pela capacidade instalada de entes privados, tendo preferência entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (§ 1º, art. 199) (BRASIL, 1988). Também, o art. 24 da Lei Orgânica da Saúde, de n.º 8.080/90, estabelece que:

quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde – SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada (BRASIL, 1990).

Para BRAVO et al (2008), no tocante às terceirizações previstas advindas pela Lei das Organizações Sociais (OS), foi a transferência, pelo Estado, de suas unidades hospitalares, prédios, móveis, equipamentos, recursos públicos e, muitas vezes, servidores para a iniciativa privada (BRAVO et al, 2008).

Di Pietro (2002), ao analisar o art. 199, § 1º da CF, ensina:

A Constituição fala em contrato de direito público e em convênio. Com relação aos contratos, uma vez que forçosamente deve ser afastada a concessão de serviço público, por ser inadequada para esse tipo de atividade, tem-se que entender que a Constituição não está permitindo a terceirização, ou seja, os contratos de prestação de serviços do SUS, mediante remuneração pelos cofres públicos. Trata-se dos contratos de serviços regulamentados pela Lei n.º 8.666, de 21.6.93, com alterações introduzidas pela Lei n.º 8.883, de 8.6.94. Pelo art. 6º, inc. II, dessa lei, considera-se serviço “toda atividade destinada obter determinada utilidade de interesse da Administração, tais como: demolição, conserto, instalação, montagem, operação, conservação, reparação, adaptação, manutenção, transporte, locação de bens, publicidade, seguro ou trabalhos técnico-profissionais (DI PIETRO, 2002).

A autora ainda reitera que a Constituição, no dispositivo citado (art. 199, § 1º), permite a participação de instituições privadas “de forma complementar”, o que afasta a possibilidade de que o contrato tenha por objeto o próprio serviço de saúde como um todo, de tal modo que o particular assumira a gestão de determinado serviço (DI PIETRO, 2002).

Não pode, por exemplo, o Poder Público transferir a uma instituição privada toda a administração e execução das atividades de saúde prestada por um hospital

público ou por um centro de saúde; o que pode o Poder Público é contratar instituições privadas para prestar atividade-meio, como limpeza, vigilância, contabilidade, ou mesmo determinados serviços técnico-especializados, como os inerentes aos hemocentros, realização de exames médicos, consultas etc.; nesses casos, estará transferindo apenas a execução material de determinadas atividades ligadas ao serviço de saúde, mas não sua gestão operacional.

3.2.2 Privatizações

Nos últimos anos, uma nova dinâmica social produzida pelas mudanças na legislação trouxe à tona uma falsa estabilidade e o forte caráter fetichista existente na 'assistência à saúde' dos planos privados. Conforme SILVA (2006), esse setor vai mergulhar numa agenda de conflitos e reclamos relativos às disputas de interesses do governo, das operadoras, dos prestadores e usuários / consumidores. Cenário muito influenciado pela mobilização social que passa a exigir outro tratamento para a questão do sistema privado de atenção à saúde e, para o qual, torna relevante a inexistência, ou insuficiência, de legislação reguladora (SILVA, 2006).

O recorte liberal (ou neoliberal) coloca, de maneira evidente, que tamanho deve ter o público para que não atrapalhe o privado: o agente público deve atuar perante a ausência do agente privado, ou se ausentar para não atrapalhar a harmonia imanente às relações privadas. Conforme analisa Silva (2006), o Estado deve, quando muito, regulamentar o mercado, mas não a ponto de impedir que esse viceje e se consolide.

Onde as condições de mercado sejam ausentes ou insuficientes, aí deve estar o Estado em ações corretivas ou compensatórias. Ou ainda, o Estado deve restringir-se a um conjunto de funções específicas, mas genéricas o suficiente para ficar longe de concorrer com o setor privado. Neste processo, Estado e Mercado, enquanto setores emblemáticos da dualidade público/privado, acabam sendo reconhecidos como entidades antagônicas, separadas, distintas, embora permaneçam ligados pela trama social em que se estabelecem e que, simultaneamente, os estabelece.

De fato, os profetas e apóstolos da supremacia do mercado centram-se na defesa de que uma mão invisível contribuirá para a autorregulação e se encarregará de produzir a justa e equânime distribuição de riqueza (SILVA, 2006).

Os dias atuais têm trazido à tona o caráter da relação – complementar, suplementar, parceria - que teria o setor privado com o público, e vice-versa.

No Brasil, conforme Costa (2002), trava-se uma luta política essencial em torno da consolidação de projetos cujo cerne passa pela afirmativa singular do papel do Estado, e de sua configuração, que se vislumbra um contexto ideológico em que se reconhecem distintos modelos de espaço público, somente invisível se nela não colocarmos as cores de Ercília (COSTA, 2002).

Na saúde, em particular, a discussão passa pelo aprofundamento das raízes que foram conformando dois sistemas de atenção, um estatal, outro privado, e dos vínculos entre eles.

Nesse contexto ideológico, temos cotidianamente afirmada uma distância praticamente intransponível, posta na afirmação da diferença entre ser usuário do sistema público versus ser consumidor dos planos de saúde do sistema privado, revelada à luz das estratégias e ações com que as corporações profissionais e os movimentos sociais, por exemplo, disputam projetos e modos de organizar a assistência à saúde e à doença. E, conforme Elias:

No caso da saúde, esta clivagem tem recebido sustentação ideológica que separa “usuários” de “consumidores”, e que se estrutura com base em pares de opostos: preventivo versus curativo, rede básica versus hospital, ações coletivas versus ação individual, saúde pública versus medicina, liberdade de escolha versus controle e agilidade e eficiência versus burocracia, descaso, filas e regulação.

A esta separação se acoplam clichês que afirmam o predomínio de valores positivos e negativos para um ou outro sistema, respectivamente. Em função disso, os sistemas público e privado ocupam nichos em que apresentam incompatibilidade de gênios, ou seja, o que é público não pode e nem deve se confundir com o que é privado, e vice-versa.

Incompatibilidade que se embaralha com a sobrecapa ideológica que os cerca, pois, o que temos no senso comum a respeito, é a vinculação de ‘público’ a atividade de governo, e ‘privado’ como sinônimo de iniciativa individual, particular. Não parece ser outra a visão predominante da saúde pública, por exemplo: setor que tem tratado a denominação de pública como sinônima de estatal; e utiliza esta sinonímia nas estruturas técnicas/políticas do projeto de um sistema nacional de saúde (ELIAS, 1999).

De acordo com Gramsci (2000), a opinião pública “está estreitamente ligada à hegemonia política, ou seja, é o ponto de contato entre a ‘sociedade civil’ e a ‘sociedade política’, entre o consenso e a força”. O autor ainda acrescenta que desta condição deriva o Estado “quando quer iniciar uma ação pouco popular, cria preventivamente a opinião pública adequada”, isto é, organiza e centraliza alguns elementos da sociedade civil na direção dos interesses que quer ver colocados.

Como o conteúdo político da vontade política tornada opinião pública pode ser discordante, “existe luta pelo monopólio dos órgãos da opinião pública – jornais, partidos, parlamento – de modo que uma só força modele a opinião e a vontade política nacional, desagregando os que discordam numa nuvem de poeira individual e inorgânica”. Na disputa pelo predomínio de uma opinião pública em que prevaleça uma só força, se constitui uma luta surda, em que a obtenção do consenso acerca do que constitui interesse público, importância pública não precisa ser, necessariamente, a opinião ou a vontade da maioria, e não tem um caráter permanente, sendo tão volátil e inconstante quanto à dinâmica interna da sociedade, dividida em vários grupos sociais (GRAMSCI, 2000, p.265).

3.2.3 A precarização de vínculos e das condições de trabalho

Nesta questão, tomamos como ponto de partida o entendimento de Pereira (2004), quando infere que, desde a década de 1990, se caracterizou no Brasil um processo de reversão das conquistas sociais consagradas na Constituição Federal de 1988. Ou, como Behring (2002) nos indica, tratou-se de deflagrar um processo de contrarreforma no país, o que significou:

um salto para trás, sem o sentido da ampliação das possibilidades de autonomia ou de inclusão de segmentos no circuito ‘moderno’, diferente das transformações estruturais anteriores, apesar dos limites também destas últimas. Esse retrocesso é o que configura uma contrarreforma, onde há quebra de condições historicamente construídas de efetivas reformas, dentro de um processo mais amplo de profundas transformações (BEHRING, 2002, p. 6).

O autor ainda descreve alguns exemplos de desmonte do Estado no Brasil, na perspectiva de adaptação do país à dinâmica do capitalismo contemporâneo: a flexibilização nas relações de trabalho, as privatizações e sua relação com o capital estrangeiro, e os ataques à Seguridade Social pública. Considera de fundamental importância – principalmente ao assumir a direção governativa do país um novo governo que se propôs a redefinir o direcionamento dado às políticas sociais e, também, à política econômica – apreender como se efetivou o processo de flexibilização das relações de trabalho na área de saúde pública na década de 1990. Tal processo reúne um conjunto de estratégias, dentre as quais a desarticulação dos trabalhadores e a desqualificação do atendimento ao público – o que vem sendo

denominado por alguns autores de reforma informal do Estado na área de saúde pública (NOGUEIRA, 1996).

A terceirização nos serviços públicos de saúde é prática recorrente, através dos prestadores de serviços, e também por meio de contratos por tempo determinado, que passam ao largo dos ditames inscritos no Regime Jurídico Único. Além disso, não seguem à risca a expressão “por tempo determinado”, visto que muitos contratados permanecem em seus cargos anos a fio, sem a realização de concursos públicos. É o que Cherchglia (1999) descreve, além da íntima relação entre terceirização e precarização do trabalho:

Uma forma de contratação temporária [...] é o contrato por tempo determinado, utilizando-se como argumento ‘a necessidade temporária de excepcional interesse público’. [...] o que se tem observado é uma prorrogação indefinida [...] em determinadas situações. A terceirização estaria intrinsecamente ligada à precarização do trabalho, pois tem acarretado: menores salários, diminuição dos níveis de proteção social do trabalho, ausência de benefícios ou salários indiretos [...] e níveis mais altos de rotatividade. Um ponto destacado pelos sindicalistas é que a terceirização tem provocado fragmentação e desmobilização dos trabalhadores, com perda de poder de barganha dos sindicatos: as negociações perdem seu caráter coletivo para se tornarem localizadas e até mesmo individualizadas. [...] O processo mais geral de precarização das relações de trabalho, na saúde, é evidenciado pelas inúmeras formas de contratação, seja pela terceirização [...] pela ‘cooperativização’ do trabalho ou pelo contrato individual por tempo determinado [...]. No setor público de saúde encontramos [...] contratos de trabalho que transitam dentro de um gradiente de nenhuma proteção social até a estabilidade no emprego [...] (CHERCHGLIA, 1999).

A seguir, segundo Nogueira (1999), temos as seguintes questões relativas à gestão da força de trabalho:

- 1) O quantitativo de pessoal cedido – servidores federais – na descentralização do SUS para os gestores locais diminui a cada dia, o que cria um problema em relação à questão quantitativa e de reposição dessa força de trabalho;
- 2) Quadros paralelos de pessoal: através da terceirização e cooperativização, criando um quadro de “anti-isonomia” entre os trabalhadores em saúde;
- 3) Pessoal estatutário e suas carreiras: a política federal é de desestímulo à abertura de novos quadros e carreiras de pessoal estatutário;
- 4) Admissão de celetistas: crescimento dos quadros via vínculo não-estatutário regulado pela Consolidação das Leis do Trabalho, com o Projeto de Lei nº 4.811/98, em tramitação na Câmara, sobre o emprego público, que preconiza o fim da

estabilidade da função pública e inclui o celetista no regime de previdência geral, acabando com as aposentadorias especiais;

5) Cargos comissionados e contratos temporários: deveriam ser reservados às funções administrativas, mas muitas secretarias de saúde vêm utilizando essa forma de vínculo para contratação de pessoal na prestação de serviços de saúde (como no Programa de Saúde da Família, com a contratação de médicos e agentes comunitários);

6) Vinculação informal: através de “bolsas de trabalho” e utilizadas para contratação de profissionais de saúde, o que faz com que o próprio Estado fomente formas informais das relações de trabalho;

7) Cooperativas de profissionais:

[...] constituem hoje uma presença muito forte tanto no setor privado como público e vêm se transformando numa espécie de agência de fornecimento de força de trabalho que negocia seus preços com os gestores e são por eles contratadas diretamente. [...] Se é verdade que, no contexto das dificuldades legais e econômicas atuais, as cooperativas profissionais parecem para o gestor como um mal menor, têm, no entanto, uma desvantagem inegável, que é favorecer a fragmentação das formas de vinculação de pessoal e obrigar que se crie uma grande quantidade de agências com os quais a negociação e as decisões sobre contratos e remuneração têm de ser tomadas caso a caso (NOGUEIRA, 1999, p. 448).

Segundo Cardoso e Campos (2013), a solução para a ‘precarização’ é o concurso público com contratação pelo sistema estatutário.

Os mesmos autores ainda discorrem que a precarização é um conceito relativo. Um trabalhador hipotético, sem vínculo formal, quando passa a ter outro emprego regido pela CLT, estará menos precarizado. Mas o contrário também é verdadeiro: um trabalhador do serviço público, estatutário, quando passa a ser contratado pela CLT por outro ente que não a administração pública, está mais precarizado. Sob o ponto de vista do trabalho, o vínculo estatutário é, no geral, melhor, pois oferece mais estabilidade e segurança para o servidor poder dedicar-se à carreira, bem como, em alguns casos, certos direitos (licença-prêmio, entre outros) (CARDOSO e CAMPOS, 2013).

A aposentadoria integral foi, infelizmente, um direito atacado pela contrarreforma previdenciária de 2003, já no então governo Lula (MARQUES e MENDES, 2004). A bandeira do capital tem sido o nivelamento por baixo, em escala nacional, do regime da força de trabalho do setor público (no caso, pelo regime celetista). É evidente, entretanto, que este não é o seu limite. Isto abriria, inclusive,

uma prerrogativa para os demais serviços públicos serem nacionalmente nivelados pelo padrão novo, avançando para um mercado de trabalho nacional com piores condições para os trabalhadores.

Os mesmos ainda complementam seu raciocínio exemplificando com o caso da Fundação Estatal Saúde da Família da Bahia (FEST), em que realizam, mais especificamente, uma análise mais detalhada das propostas de vencimentos do primeiro concurso da mesma, demonstrando que: apesar de serem carreiras igualmente indispensáveis ao Programa de Saúde da Família, a relação de salário-base entre um médico de saúde da família e um enfermeiro (não havendo indicações sobre os locais de trabalho, embora suponha-se que a maior parte deles vá para a atenção básica) é de 2:1, podendo chegar a 2,5:1, contando-se os vencimentos máximos possíveis:

Essa diferença se ancora, evidentemente, na escassez absoluta e relativa destes profissionais, principalmente, ao se considerar a realidade nordestina. No entanto, ficam as perguntas: É o mercado o principal delimitador da política pública em saúde? Qual é o potencial desagregador desta medida para o trabalho em equipe? E chama a atenção, ainda, o desnível entre a carreira de médico de família e de sanitaristas. Este fato está intimamente relacionado à precarização da gestão operada em diversas esferas de governo. Para não realizar uma análise extensa, cabe aqui apenas mais uma questão: por que o Adicional de Localização (AL) – (definido para lugares com dificuldades de fixar servidores, entre outros) – máximo é de 50% para enfermeiros e 100% para médicos? O critério é meramente mercadológico, ainda? (CARDOSO e CAMPOS, 2013).

Em sua tese, Martins (2012) explica que a globalização não é um processo puramente econômico, que deriva apenas dos avanços tecnológicos ou da evolução competitiva dos mercados, ela se revela também um processo que envolve várias dimensões, que, além do econômico, inclui os planos: social, político e cultural (MARTINS, 2012). Mas os efeitos nefastos, infelizmente, não param por aí. Segundo Giddens (2005, p.68), a globalização “não é algo que simplesmente ‘está lá, além’, operando num plano distante, sem se imiscuir com as coisas individuais”. Ou seja, “ela é um fenômeno ‘logo aqui’, que está afetando nossa vida íntima e pessoal de diversas maneiras”. Portanto, afirma que ela está “mudando a natureza de nossas experiências cotidianas” (GIDDENS, 2005).

Uma das características desse novo capitalismo global é o crescimento do setor de serviços em detrimento do industrial. Dessa forma, nas últimas décadas, a ampliação do setor de serviços favoreceu a proliferação da flexibilização do trabalho

em diversas formas, sendo a precarização do trabalho um dos seus principais resultados, podendo ser compreendida, segundo Thébaud-Mony e Druck, como:

[...] processo social constituído pela amplificação e institucionalização da instabilidade e da insegurança, expressa nas novas formas de organização do trabalho – onde a terceirização/subcontratação ocupa um lugar central – e no recuo do papel do Estado como regulador do mercado de trabalho e da proteção social através das inovações da legislação do trabalho e previdenciária (THÉBAUD-MONY e DRUCK, 2007, p.31).

No setor econômico, o neoliberalismo defendeu a flexibilização das leis trabalhistas com o argumento de diminuição do desemprego, facilitando a precarização do trabalho e o aumento da vulnerabilidade do trabalhador. Por flexibilização, segundo Druck e Franco (2007), entende-se:

[...] o processo que tem condicionantes macroeconômicos e sociais derivados de uma nova fase de mundialização do sistema capitalista, hegemônico pela esfera financeira, cuja fluidez e volatilidade típicas dos mercados financeiros contaminam não só a economia, mas a sociedade em seu conjunto, e, desta forma, generaliza a flexibilização para todos os espaços, especialmente no campo do trabalho [...] (DRUCK e FRANCO, 2007, p.29).

Para Antunes (2007), as formas de trabalho precário são: terceirização, subcontratação, trabalho temporário e por tarefas. Todas as formas acabam por:

fragmentar os coletivos de trabalho e jogá-los em condições precárias de trabalho, saúde e de emprego, instituindo estatutos diferentes e, em geral, criando um manto de invisibilidade sobre esses trabalhadores (ANTUNES, 2007, p.13-14).

Mas, para quem está inserido no mercado de trabalho formal, diferente das situações descritas, pode pensar que está em um estatuto diferente dos precarizados. Mas, como lembra Martins (2012), todos os trabalhadores estão inseridos na mesma sociedade, e não existem duas sociedades vivendo em realidades paralelas (MARTINS, 2012). Nesse mesmo sentido, Thébaud-Mony e Druck acrescentam que:

há uma desestabilização dos estáveis”, pois “(...) não existe a sociedade de um lado e os excluídos de outro. Ou os de fora e os de dentro. É um processo que atinge o conjunto dos assalariados na sociedade. Não há o emprego típico de um lado e emprego atípico de outro. Todos os empregos estão ameaçados pelo desemprego ou pela precarização (do trabalho, dos contratos, da saúde) (apud Thébaud-Mony e Druck, 2007, p.31).

Hirata (2009, p.26) descreve três indicadores do trabalho precário: “ausência de proteção social e de direitos sociais; horas reduzidas de trabalho; e níveis baixos de qualificação”, que contribuem para diminuição dos salários e da qualificação formal (HIRATA, 2009).

Essas mudanças ocasionaram o aumento do desemprego estrutural, quando o trabalhador torna-se desempregado por anos, até décadas, ou trabalha ocasionalmente no mercado formal. Nesse cenário, de acordo com Martins (2007), vem crescendo o trabalho no Terceiro Setor, representado pelas Organizações Não Governamentais (ONGs), associações, fundações e organizações religiosas, que são grupos sociais organizados, constituídos formalmente, não objetivam lucro e focam seus esforços na área social (MARTINS, 2007).

Para isso, contratam várias categorias profissionais para realização desses serviços. No entanto, segundo Carelli (2007), nem o Terceiro Setor, nem as cooperativas conseguem absorver as centenas de milhares de indivíduos que se encontram desempregados (CARELLI, 2007). Hirata (2009) afirma que: “este é um dos paradoxos da globalização – quando há aumento dos empregos, este se associa à precarização e à vulnerabilidade: eles são com frequência instáveis, mal remunerados e pouco valorizados socialmente” (HIRATA, 2009, p.31).

Dentro do universo da flexibilização e precarização, a terceirização representa a principal prática. É uma estratégia empresarial altamente difundida em todo mundo, mas ainda é tão somente uma estratégia, porque não é estabelecida por uma legislação. Segundo Thébaud-Mony e Druck (2007), isso já indica a liberdade que as empresas possuem para utilizar essa ferramenta, da maneira mais lucrativa para os negócios (THÉOBAD-MONY e DRUCK, 2007).

Para Druck e Franco (2007, p.46), ao analisarem a evolução da terceirização no Brasil, nos últimos quinze anos, consideram-na um fenômeno “velho e novo ao mesmo tempo”, porque já existe há décadas em vários setores. No entanto, nos últimos anos, se transformou, cresceu, generalizou-se em todo país e atualmente se confirma e aprofunda (DRUCK e FRANCO, 2007).

As autoras ainda denominam de “quádrupla precarização do trabalho” aquilo que se origina da precarização do emprego; das condições de trabalho, com o aumento da exposição aos riscos; à saúde do trabalhador; e, por último, dos sindicatos através da fragmentação e enfraquecimento desses (DRUCK e FRANCO, 2007).

Conforme já exposto, a precarização no vínculo da administração pública no Brasil inicia-se ainda durante o regime de exceção, com o Decreto-lei de nº 200, de 25 de fevereiro de 1967, que determinou a possibilidade de contratar serviços de terceiros da iniciativa privada, para desempenhar tarefas de execução, objetivando impedir o aumento do número de servidores. Segundo Lamarca (2009), foi o primeiro movimento para uma reforma gerencial no Brasil, com o intuito de descentralizar e delegar competências “por meio da transferência de atividades para autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista, de forma a melhorar o dinamismo operacional” (LAMARCA, 2009, p.40).

Outro aspecto relevante, levantado por Lamarca (2009), refere-se às novas regras para a estabilidade fiscal, inserida na Reforma Administrativa no governo de Fernando Henrique Cardoso, sendo uma delas a promulgação da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF): que estabeleceu normas e parâmetros de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal, e limites de gastos com pessoal diante das receitas líquidas de cada ente federativo (União, estados e municípios) (LAMARCA, 2009, p.58).

Mas houve um claro ardil na elaboração da LRF, pois, além de permitir que os valores referentes ao pagamento dos salários dos trabalhadores terceirizados fossem contabilizados como “*outras despesas de pessoal*” (LRF, § 1º, Art. 18), essa medida ocasionou o aumento da contratação desses trabalhadores no setor público, pois os gestores, com essa manobra, não aumentavam os gastos com pessoal, proibido pela nova norma, já que o limite fora imposto somente para servidores efetivos (BRASIL, 2000).

No entanto, apesar de todo esse movimento em direção à terceirização no serviço público, a Constituição Federal (CRFB, 1988) estabelece que administração pública deva realizar concursos públicos para contratação de mão de obra, exceto nos casos de contratação temporária para atender à necessidade excepcional e de interesse público, o que, segundo Lamarca (2009), a limitação do crescimento das despesas com pessoal do quadro ocasionou uma expansão do sistema de terceirização da força de trabalho no setor público e uma mudança no perfil da força de trabalho desse mesmo setor (LAMARCA, 2009, p.45).

Em paralelo à intenção do governo em privatizar para diminuir gastos públicos, encontravam-se os legisladores que não haviam pensado, nem se

mobilizado perante essas mudanças no mercado de trabalho brasileiro. Com milhares de trabalhadores terceirizados, há uma grande demanda de reclamações na Justiça do Trabalho. Para Carelli (2007), como resposta a essas reivindicações, vem utilizando o mecanismo das indenizações para reparar os danos com terceirizações realizadas erroneamente, ao invés de agir preventivamente criando um conjunto de leis que inibam a utilização predatória da terceirização nas instituições (CARELLI, 2007).

A terceirização dos serviços de saúde está prevista na Constituição Federal, mais precisamente no artigo 197, “quando permite que a execução das ações e serviços de saúde seja executada por terceiros e também por pessoas físicas ou jurídicas de direito privado” (BRASIL, 2002).

A Lei Orgânica da Saúde de nº 8.080/90 regula as ações e os serviços de saúde no país, cujo conjunto constitui o Sistema Único de Saúde (SUS) e permite que se recorra aos serviços da iniciativa privada, através de contrato ou convênios, mas somente quando não houver recursos suficientes no Sistema para atender a população (BRASI, 1990).

No entanto, trata-se de um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, que garante assistência integral e gratuita a toda população, abrangendo os 5.564 municípios (IBGE, apud MACHADO, 2010). Para isso, o SUS conta com aproximadamente 3,9 milhões de postos de trabalho, descrito no quadro a seguir:

Tabela 2 Postos de trabalho em saúde (2010)

Vínculos Formais	2,6 milhões
Sem vínculo formal	690 mil
Autônomos	611 mil
Total de postos de trabalho	3,9 milhões

Fonte: IBGE, apud MACHADO, 2010.

Os dados acima demonstram que a mão de obra sem vínculo formal constitui quase um terço de todos os postos de trabalho com vínculos formais, revelando um alto uso da terceirização no setor saúde no país.

O Ministério da Saúde (MS), em 2004, apresentou uma política de desprecarização das relações de trabalho na área da saúde através da criação do Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho e da instalação das Mesas de Negociação Permanente do SUS, que, conforme interpreta Machado et al (2010), teria o propósito de reunir trabalhadores, gestores e o controle social para “elaborar políticas e formular diretrizes a serem implementadas com intuito de resolver as questões que envolvem a precarização do trabalho” (MACHADO et al., 2010, p.2).

Mas, apesar dessas iniciativas do Ministério da Saúde, um mecanismo gestado ainda no governo anterior, as Organizações Sociais (OS), foram inseridas na estrutura dos serviços de saúde.

Para a Professora Ligia Bahia, do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ), as OS apresentam no início da implantação nos hospitais alguns aspectos positivos, quando afirma que:

Hospitais sucateados voltam a funcionar. A capacidade instalada é recuperada. O aumento dos valores da remuneração nominal dos profissionais aumenta e exige-se cumprimento da carga horária contratada. Ou seja, ocorre uma espécie de ressurreição institucional. No entanto, no médio e longo prazo o modelo tende a realizar o que se denomina seleção dos melhores riscos e estimular uma elevada taxa de rotatividade dos profissionais de saúde. O que quer dizer evitar o atendimento de determinados pacientes e não ter capacidades para fixar os melhores e mais experientes profissionais (BAHIA, 2012, p.7).

A autora destaca, ainda, a questão da queda da qualificação dos profissionais em longo prazo, ocasionando imensa perda no padrão de atendimento para os cidadãos que procuram o serviço público de saúde, além da alta rotatividade de pessoal, o que ocasiona fragilidade no coletivo e, por consequência, ainda mais precarização tanto pelo vínculo quanto pelo enfraquecimento do grupo (BAHIA, 2012).

Diante dessa realidade, ocorre o enfraquecimento da solidariedade entre os trabalhadores e o crescimento da individualização. Nessa luta diária para se manter no mercado, o trabalhador é afetado emocionalmente, com o aumento dos transtornos psíquicos.

A relação da vinculação precária no trabalho ocorre em várias dimensões: econômica, através de ferramentas de gestão tipicamente empresarial como a terceirização, que proporcionam o distanciamento e a desregulação das relações

laborais; política, quando o sistema permite a prática da terceirização/subcontratação e da flexibilização das leis que protegem o trabalhador; e social, quando a sociedade não se manifesta ao se deparar com esse cenário de desproteção que se configura no mercado de trabalho atual (MARTINS, 2012).

A própria forma de organização do trabalho, atualmente, tende a desestabilizar a saúde do trabalhador, por isso, o esforço para alcançar o equilíbrio será proporcional ao nível de desestabilização da organização (DEJOURS, 2008). Um fator de desestabilização da organização do trabalho é a precarização, que neutraliza a mobilização coletiva, produz o silêncio, o “cada um por si” e o medo de perder o emprego, que leva “às condutas de dominação e de submissão” (PEZÉ, 2004), além de diminuir a solidariedade entre os trabalhadores e enfraquecer os coletivos de trabalho, aumentando o individualismo (TITTONI, NARDI, 2011).

Nessas situações de incertezas no trabalho, o silêncio é uma característica marcante. Pagés (2006) relata um episódio ocorrido na Secretaria da Saúde do estado do Rio de Janeiro, em que uma equipe ficou durante oito meses sem contato com a chefia e sem realizar trabalho algum: “Não se reuniram, não foram até níveis hierárquicos acima para relatar o que estava ocorrendo. Não falaram nem mesmo com a Ouvidoria, formalizando a queixa, ficaram em silêncio, aguardando quem estaria ou não, na lista de demissão”. O medo e o silêncio presentes nos discursos dos terceirizados expressam o que o autor denomina de condutas (binárias) de dominação e submissão:

admitir ou demitir-se, aceitar ou renunciar é a única alternativa possível (...). O problema é colocado dentro de uma lógica binária, onde o terceiro é excluído. Não há lugar para uma dialética, uma negociação da regra, uma contestação. Esta hipótese está fora do campo mental, nem mesmo é evocada, a lógica binária é implacável (Pagés 2006, p.58).

De acordo com a tese de Santos (2012), em que pese o que a autora denomina de “onda de hibridização” dos setores público e privado, historicamente há uma distinção entre eles, o primeiro, institucionalmente representado pelo governo, e o último, pelas empresas e instituições (em princípio) sem fins de lucro. As principais diferenças incluem: os distintos objetivos – o do Estado, em princípio, de redistribuição das riquezas e, nas empresas, o de acumulação; os escopos de atuação – onde a ação é necessária, de um lado, e rentável, do outro; e os resultados esperados - o maior bem coletivo, de um lado, e o melhor desempenho individual, do outro. Essas diferenças fundamentam as distintas estruturas

organizacionais e transformam a definição de uma agenda comum em um enorme desafio (SANTOS, 2012).

Mas, face à legitimação crescente do discurso que sustenta a participação direta e indireta de empresas na administração pública e na prestação de serviços públicos de saúde, para a mesma autora, o horizonte que se estabelece para os próximos anos parece ser de ampliação das interfaces da saúde pública com empresas e o mercado de prestadores de serviços de saúde (SANTOS, 2012).

Em termos práticos e políticos, as reformas dos setores públicos já estabeleceram uma nova realidade de fato, cuja reversão parece improvável no cenário político atual e cujas direções e resultados permanecem incertos mesmo quando vislumbramos um cenário futuro mais distante.

Muito interessante e reveladora foi a confecção de uma “nota técnica” de autoria da Assessoria Técnica da liderança do Partido dos Trabalhadores, na pessoa de Edison José da Fonseca (descrito como Assessor Técnico para a Área de Saúde) e Jules Rodrigues Pereira (Assessor Técnico da Liderança do partido na Câmara dos Deputados), datada de janeiro de 2011.

A referida Nota Técnica discorre a respeito da defesa da Medida Provisória de nº 520/2010, que trata da criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), contendo o que chamam de “breve apresentação da proposição e análise incipiente sobre os possíveis impactos da proposta na gestão dos Hospitais Universitários – HU’s e sobre os desdobramentos políticos das inovações previstas, com ênfase na área da saúde pública e breves incursões no campo das disputas entre diferentes concepções acerca dos modelos de Estado”.

A nota segue declarando que:

[...] provavelmente a discussão da matéria reacenderá a celeuma trazida pelo PLP 92/97, já que o conteúdo do texto ora em análise afeta substancialmente os serviços de saúde vinculados aos sistemas de ensino e pesquisa, uma das áreas para a qual se previu a atuação das fundações estatais, objeto daquele projeto de lei complementar. Ante as particularidades com que são apreciadas as medidas provisórias, certamente as Lideranças do Governo no Congresso se encarregarão de fornecer análises mais precisas e considerações mais elevadas sobre os aspectos jurídicos e políticos abrangidos nessa proposição. Dessa forma, pretende-se com este texto o oferecimento de subsídios básicos para que a Liderança do Partido dos Trabalhadores na Câmara dos Deputados possa orientar a sua bancada (NOTA TÉCNICA à Medida Provisória (MP), sob o nº 520/2010 (EBSERH)).

O texto também informa haver, em seu final, um quadro-resumo onde são transcritos, sinteticamente, “argumentos que provavelmente serão utilizados pelas partes que se oporão no debate da matéria”.

. A seguir, o texto discorre, sumariamente, que a Medida Provisória já citada autoriza o Poder Executivo a criar uma empresa pública sob a forma de sociedade anônima, denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. - EBSEH, “com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação, com sede em Brasília e possibilidade de atuação em todo o território nacional”.

O conjunto dos dispositivos da MP detalha as finalidades e as competências da empresa; a forma de prestação dos serviços e dos contratos a serem firmados; os mecanismos de cessão de servidores; os recursos e o formato da sua administração; o regime jurídico e a forma de ingresso do pessoal permanente – CLT e concurso público – e de pessoal temporário e, finalmente: “indica a forma de fiscalização e de controle” e autoriza a EBSEH a “patrocinar entidade fechada de previdência privada” (NOTA TÉCNICA à MP 520/2010, 2011).

O texto segue resumindo o que determinou a edição da MP, e que em parte foi enunciado na “exposição de motivos enviada ao Presidente da República”, foi a chamada “crise” dos HU’s, que é “o reflexo das dificuldades acumuladas e agravadas a partir dos anos noventa, com a expansão das atividades e dos problemas operacionais dessas instituições”. Ainda segundo a Nota, o que chamam de: “um fenômeno associado principalmente à falta de planejamento e de regras adequadas de financiamento para o setor”.

A face mais visível da crise instalada são as dívidas dos hospitais universitários – mais de 400 milhões de reais, e a terceirização e a precarização da força de trabalho, com grande vulnerabilidade jurídica dos arranjos até aqui encontrados para a contratação de pessoal. Para o Tribunal de Contas da União – TCU, há uma crise de gestão e de custos nessas instituições e a situação dos 26 mil contratados – quase a metade da força de trabalho – é ilegal (NOTA TÉCNICA à MP 520/2010, 2011, p. 3).

A Nota ainda informa que havia um prazo estabelecido pelo Tribunal de Contas da União (TCU) para o governo federal substituir os atuais profissionais contratados pelas fundações de apoio, considerados “terceirizados em situação ilegal”, por aquele órgão, a 31 de dezembro de 2010. Para evitar o que na Nota tratar-se de “um colapso no sistema de hospitais e aguardar uma solução legal, que

talvez seja a contida na MP 520/10, o prazo foi distendido” (NOTA TÉCNICA à MP 520/2010, 2011, p. 3).

A seguir, é relatado que, “sempre compelido a agir, o governo federal, por meio de um decreto presidencial, do início de 2010, criou o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais – REHUF, a fim de colher informações fidedignas e, por meio de diagnósticos mais precisos, propor soluções para a reestruturação e a revitalização dos hospitais das universidades federais, integrados ao Sistema Único de Saúde”.

Segundo o documento, as diretrizes do REHUF são: a instituição de mecanismos adequados de financiamento, igualmente compartilhados entre as áreas da educação e da saúde, progressivamente, até 2012; a melhoria dos processos de gestão; a adequação da estrutura física; a recuperação e modernização do parque tecnológico; a reestruturação do quadro de recursos humanos dos hospitais universitários federais; e o aprimoramento das atividades hospitalares vinculadas ao ensino, pesquisa e extensão, bem como a assistência à saúde, com base em avaliação permanente e incorporação de novas tecnologias em saúde.

Em sua análise, o texto informa que:

em relação às melhorias nos processos de gerenciamento, previstas no REHUF e trazido à baila pela MP 520, e embora haja uma inquietação dos dirigentes das instituições federais responsáveis pelos hospitais universitários na procura de novas formas de gestão, não existe, inclusive entre eles, consenso sobre o modelo a ser seguido. Há os que minimizam a necessidade de grandes mudanças e os que defendem a adoção de modelos alternativos como as organizações sociais, as fundações estatais ou as OSCIPs (NOTA TÉCNICA à MP 520/2010, 2011, p. 4).

Sobre o modelo proposto para a EBSEH – de empresa pública, a Nota alega que o Grupo Hospitalar Conceição, de Porto Alegre, considerado um paradigma (SIC) explicitado na exposição de motivos da MP, “vem buscando um formato diferente de gestão (fundação estatal), em virtude das dificuldades que enfrenta atualmente” (NOTA TÉCNICA à MP 520/2010, 2011, p. 4). Porém, seus autores ignoram o fato de que a formatação jurídica do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) seguiu sempre a mesma lógica desde sua criação, em meados dos anos 1970, sendo, portanto, ao contrário do que diz a Nota, não haver novidade alguma.

Bastante revelador é o trecho em que discorre que: “Apesar da insuficiência de recursos, é preciso ter clareza que a crise das instituições federais de ensino em saúde, assim como ocorre na saúde pública em geral, não é apenas financeira” [...].

O texto segue dizendo haver de se buscar regras claras de financiamento e de gestão, acompanhados de uma “política de Estado” para os HU’s, que são os principais parceiros do SUS no atendimento dos casos de alta complexidade (NOTA TÉCNICA à MP 520/2010, 2011, p.5). Ainda é explicitado que:

O grande desafio é encontrar saídas que evitem o erro das fundações de apoio privadas gerindo recursos públicos. Alternativas que deem respostas efetivas à insuficiência e à precariedade de pessoal dos hospitais universitários, à questão do financiamento e à necessidade de os HU’s terem autonomia gerencial nos limites do controle social e de permanecerem como unidades das universidades, submetidos à gestão pública (NOTA TÉCNICA à MP 520/2010, 2011, p. 5).

Seus autores ainda admitem que a MP 520 chega ao Congresso com um “texto complexo e que dá margem a incertezas”, demonstrando que se por um lado indica uma solução imediata para o problema de pessoal dos hospitais universitários, pelo outro deixa várias questões sem respostas, as quais dizem respeito à autonomia universitária, ao destino do passivo trabalhista e às dívidas acumuladas, para ficar em poucos exemplos. “Tais questões, aparentemente técnicas e, em princípio, pontuais, já seriam suficientes para dúvidas e polêmicas. Mas há outros motivos para o acirramento dos debates que sobrevirão” (NOTA TÉCNICA à MP 520/2010, 2011, p. 5).

O texto incrivelmente ainda relata que:

[...] além dos questionamentos técnicos e jurídicos, os ataques mais obstinados à MP serão os de cunho ideológico. Virão fundados no entendimento de que o projeto representa a continuidade da contrarreforma do Estado brasileiro iniciada nos anos 90, seguindo a determinação de transformar o maior número possível de atividades e quefazeres da vida social em negócios. Segundo esse raciocínio, a proposta em discussão seria parte de um conjunto de ações privatizantes que, mais uma vez, teria o intento de favorecer o acúmulo de capital e despolitizar as relações de classe no interior das políticas sociais, por meio da sobrevalorização da técnica e da administração gerencial (NOTA TÉCNICA à MP 520/2010, 2011, p. 5).

Embora a modalidade de gestão proposta não traga novidades do ponto de vista do Direito, causa estranhamento a escolha do modelo de empresa pública, normalmente voltado para a exploração direta de atividades econômicas.

Não obstante uma parte dos dispositivos da MP 520 paradoxalmente refletirem uma certa preocupação política de reafirmar princípios valiosos para os defensores da publicização dos serviços públicos de saúde – tais como o caráter

público da empresa, a “exigência de concurso”, as regras com vistas à “transparência e a obrigação de subordinação e de sujeição à supervisão e à fiscalização dos órgãos de controle” – seus autores ainda “acreditam” que as formalidades contidas no texto em análise seriam “insuficientes” para conter os ataques à MP (NOTA TÉCNICA à MP 520/2010, 2011, p. 5).

O fato é que, desde as mudanças advindas com a chamada “reforma bresseriana”, as medidas modernizantes nos serviços públicos e, em especial, nos de saúde nunca se limitaram a meras “formalidades” e sempre tiveram um caráter nitidamente privatizante – daí o receio das lideranças do Partido dos Trabalhadores frente a propostas que firmem seus conteúdos em conceitos “gerenciais”; ainda que neste, como em outros casos, “seja reafirmado o distanciamento dos propósitos privatistas”. Isso decorre de que, ainda que possuam formatos e objetivos diferentes, essa proposta – assim como ocorreu com o projeto das fundações estatais – tem nas suas justificativas semelhanças inequívocas com as já vistas em passado não distante, como os próprios líderes do partido admitem.

[...] desde a reforma administrativa promovida pelo governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, o setor saúde acumulou as mais negativas experiências decorrentes das tentativas de aumentar a eficiência da gestão estatal por meio da implantação de ferramentas da denominada administração gerencial. As privatizações, a flexibilização dos contratos de trabalho e a falta de diálogo com os trabalhadores em geral, e com os da saúde, em especial, foram marcas daquele governo. Em parte, a crise dos hospitais universitários é reflexo desse processo (NOTA TÉCNICA à MP 520/2010, 2011, p. 5).

Seus próceres ainda citam o que chamam de “concretamente, a introdução do instituto jurídico dos contratos de gestão e a possibilidade de pessoas jurídicas de direito privado (OS’s e OSCIP’s) serem qualificadas pelo poder público para exercerem serviços públicos na área de saúde deixaram marcas negativas, notadamente no que se refere à precarização do trabalho em saúde e à desresponsabilização dos gestores públicos com os princípios do SUS”. Justificando-se, no seu entender, que, portanto, os receios com a possível introdução de instrumentos jurídicos tendentes ao favorecimento dos princípios gerenciais aplicados à gestão da saúde no âmbito do Estado (NOTA TÉCNICA à MP 520/2010, 2011, p. 5).

Os líderes ainda alertam os parlamentares que alguns segmentos do movimento sindical da educação e da saúde verão nesta proposição a retomada do

processo de privatização de serviços públicos essenciais e a intenção do Poder Executivo de retomar o projeto de flexibilização das relações trabalhistas dos servidores públicos e que, para esses setores, esse já seria o significado do projeto das fundações estatais e, por mais que os defensores da medida argumentem tratar-se de “uma ferramenta para ser utilizada apenas nesta situação específica, não haverá consenso”, por fim admitem.

No decorrer dos debates haverá o acirramento de posições e alguns atores irão impugnar os argumentos que se opõem aos seus de forma maniqueísta e pouco fundamentada – lamentavelmente isso tem ocorrido em alguns debates no Congresso. Apesar disso, e fugindo desse caminho estéril, é necessário ampliar e enriquecer o debate, trazendo novos elementos para a discussão e análises sob as várias dimensões que o tema comporta Estado (NOTA TÉCNICA à MP 520/2010, 2011, p. 5).

Reforçando essa perspectiva de abertura dos debates sobrevém a necessidade de refletir sobre a alegação de que “a origem dessa proposição é petista e, portanto, haveria lastro político para a sua adoção”. Nessa linha, os exemplos do “Grupo Hospitalar Conceição, no Rio Grande do Sul, e as experiências gerenciais do governo Jaques Wagner, na Bahia, seriam indicadores confiáveis e seguros de que se trata de mais uma alternativa de esquerda para enfrentar o projeto privatista e neoliberal. Esse argumento genético, contudo, não tem sido suficiente para arrefecer os ânimos dos oponentes de projetos similares”, resumem na Nota.

Eles, curiosamente, ainda admitem que seus delegados participantes do 3º Congresso do Partido dos Trabalhadores, em 2007, foram taxativos ao condenar alternativas gerenciais para a saúde. Observe-se como o tema foi tratado nas resoluções da plenária:

[...] por um serviço público de qualidade, combatendo qualquer forma de terceirização e privatização no serviço público (inclusive as Fundações Estatais e Organizações Sociais de Direito Privado);[...]. [...]combater qualquer outra forma de contratação no serviço público que não seja feita através de concurso público e, na forma do regime jurídico único”. [...]”consolidação do SUS - Sistema Único de Saúde - com base no fortalecimento dos princípios de unidade, integralidade, equidade e controle social. Contra as formas diretas - e indiretas - de terceirização dos serviços de saúde, inclusive através das chamadas organizações sociais ou fundações estatais (NOTA TÉCNICA à MP 520/2010, 2011, p. 7).

Não obstante, e na mesma direção, o relatório final da 13ª Conferência Nacional de Saúde consignou a posição contrária dos seus delegados aos modelos

de terceirização e privatização da saúde pública, indicando que os Hospitais Universitários das Instituições Federais de Ensino Superior sejam 100% públicos, devendo ser financiados pelos Ministérios da Educação, Saúde e Ciência e Tecnologia, para atuação como hospitais de ensino, pesquisa, extensão e assistência.

Os líderes do partido ressaltam que, àquela época, o ministro da saúde de então considerou um equívoco a posição da Conferência e ressaltou o “caráter consultivo, e não deliberativo” da CNS. Ele ainda afirmou que a CNS também teria falhado ao não propor alternativas claras e possíveis de serem executadas pelo governo federal. Ainda segundo o ministro, “posturas como essas demonstrariam pouco compromisso com o social e a falta de interesse nas pessoas que são atendidas pela rede pública de saúde”.

Mas os líderes do partido ainda enfatizam que as decisões coletivas e a resistência do Conselho Nacional de Saúde “não têm inibido o avanço de novas modalidades de gestão”.

Além do estado da Bahia, onde as fundações e as parcerias público-privadas já são realidade, Sergipe, Acre, Pernambuco e Rio de Janeiro já aprovaram leis permitindo a instituição de fundações estatais. Os municípios, como o de Nova Iguaçu, na baixada fluminense, seguem o mesmo caminho (NOTA TÉCNICA à MP 520/2010, 2011, p. 8).

Incrivelmente, os líderes ainda relatam que as “estratégias tecnogerenciais com viés mais liberal sempre se aproximaram mais dos serviços hospitalares de alta complexidade”. Em relação aos serviços básicos, as ofensivas nesse sentido sempre foram mais tímidas, admitem eles. E “sobre a participação dos setores acadêmicos em formulações com vistas ao aumento da eficácia dos hospitais vinculados ao SUS, novamente, não se trata de novidade”, finalizam.

Os líderes ainda alegam que a adoção de modalidades de gestão alternativas para os serviços hospitalares “foi considerada por atores importantes do movimento sanitário, como Gastão Wagner de Souza Campos, como propostas de privatização de bens públicos em benefício de grupos médicos”.

Ressalte-se que ele fazia referência a propostas diferentes da que está atualmente em debate. Mas a ênfase incidia sobre a inspiração das estratégias utilizadas, que, segundo ele, fariam parte “não de um projeto de recuperação do caráter público dos hospitais do Estado, mas de uma rendição incondicional aos ditames do mercado da doença” (NOTA TÉCNICA à MP 520/2010, 2011, p. 8).

Porém, não é o que, em verdade, Campos defendeu. Prova disso, encontra-se externalizada em seu artigo: “O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde” (CAMPOS, 2007), no qual o autor taxativamente condena tais modalidades, as quais chama de “subterfúgios” dos gestores governamentais.

Os líderes ainda enfocam que as críticas não se esgotam no fato de a proposta estar focada apenas em parte das unidades de saúde. Alguns analistas veem na possibilidade de disseminação dessa modalidade de gestão entre estados e municípios uma opção imediatista, um “atalho” que “seduz” os atuais gestores, uma escolha que privilegia a técnica em detrimento da política e o avanço de uma concepção histórica que “poderá significar mais um capítulo na sucessão de equívocos que se repetem na história da administração pública brasileira desde o início da República”. Segundo essa compreensão, diante da “incompetência gerencial”, apela-se para a “novidade” (NOTA TÉCNICA à MP 520/2010, 2011, p. 9).

Em suas conclusões e recomendações, os líderes declaram que:

A crise perpetuada nos hospitais universitários *justifica* a busca de soluções no campo gerencial para se alcançar um sistema de formação de recursos humanos em saúde mais eficiente e que aponte para a *democratização* da universidade e dos serviços de saúde. Mas há outros desafios a serem superados, entre os quais está o do financiamento e o do *envolvimento da sociedade* na definição das políticas públicas de saúde (NOTA TÉCNICA à MP 520/2010, 2011, p. 9, grifo meu).

Obviamente, o projeto em discussão passa ao largo de “avanços” nessas direções. Ao final, os líderes assinalam que:

[...] é preciso assinalar que, muito além do que foi até aqui apresentado, emergem outras questões em virtude da discussão da MP 520/10 e, conseqüentemente, da volta do debate sobre as fundações estatais – a maior parte delas diz respeito aos dilemas mais gerais da reforma do Estado – que sequer foram expostas neste texto e para as quais também não há respostas satisfatórias; que o debate franco parece ser a melhor alternativa para resolver a maior parte dos problemas enfrentados pelos setores ligados à saúde e que esse tem sido o caminho usual e que deve continuar a ser defendido pelo Partido dos Trabalhadores (NOTA TÉCNICA à MP 520/2010, 2011, p. 10).

Assim, os autores da Nota ainda afirmam não ser possível admitir que “estejamos diante de propostas com vistas ao desmanche do Estado, como estava muito claro à época do governo Fernando Henrique Cardoso”. “Também por isso é importante cuidar para que não se cristalizem posições fundadas em dogmas e que

empobrecem os debates, sobretudo por existir, atualmente, um contexto diferente daquele ao qual é feita referência, principalmente pelos oponentes do projeto, qual seja, o do neoliberalismo” (NOTA TÉCNICA à MP 520/2010, 2011, p. 10).

Os líderes ainda ressaltam que:

[...] mantendo essa postura e aprofundando a discussão sobre os hospitais universitários possa haver ganhos no deslindamento dos problemas mais gerais das Políticas Sociais e que angustiam os responsáveis por gerir os escassos recursos públicos e enfrentar diariamente os dilemas comuns da construção de sistemas de saúde universais e eficientes (NOTA TÉCNICA à MP 520/2010, 2011, p. 10).

A apresentação da MP 520, segundo os autores da Nota, “traz incertezas já manifestadas anteriormente pelos segmentos de trabalhadores da saúde e das universidades públicas e já provoca, sobretudo nos meios sindicais, forte oposição”. Simples “inovações de gestão e medidas contra a precarização do trabalho nos hospitais universitários provavelmente não mereceriam tantas reações, mas o conteúdo da MP é encarado de forma diferente”. “Isso reflete possíveis falhas na interlocução com os seguimentos envolvidos”, finalizam eles (NOTA TÉCNICA à MP 520/2010, 2011, p. 10).

Os líderes ainda apelam para o fato de que “para esses atores a edição da MP representa mais uma tentativa de enfraquecimento dos serviços públicos controlados pelo Estado, um ataque ao funcionalismo público, uma nova investida privatizante sobre o Sistema Único de Saúde; uma forma de burlar os mecanismos de controle social”. Os líderes declaram ainda “a insuficiência da medida para resolver o conjunto de problemas dos hospitais universitários e da saúde e a necessidade de continuar a busca de novas estratégias e alternativas ‘de esquerda’ para a luta por um Estado democrático e universalizado” (NOTA TÉCNICA à MP 520/2010, 2011, p. 10).

Assim, os líderes sugerem que “os esforços da bancada do Partido dos Trabalhadores na Câmara dos Deputados em buscar alternativas para a medida proposta e contribuições para repolitizar o debate sobre a saúde”.

Com relação à definição do regime celetista para os servidores da “nova empresa”, os líderes informam que no julgamento de Medida Cautelar na Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 2135-4, interposta no ano de 2000 por PT, PDT, PCdoB e PSB contra a promulgação da Emenda Constitucional n.º 19/98, o STF decidiu suspender provisoriamente a eficácia da nova redação dada ao caput do art.

39 pela referida Emenda, “de modo que, por ora, está mantida a vigência da redação original do referido dispositivo: Art. 39. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios instituirão, no âmbito de sua competência, regime jurídico único e planos de carreira para os servidores da administração pública direta, das autarquias e das fundações públicas” (NOTA TÉCNICA à MP 520/2010, 2011, p. 13).

E, não obstante, os líderes ainda destacam que, “no caso da EBSERH, é sua natureza jurídica de empresa pública que impõe, por força constitucional, o regime celetista ao seu quadro de servidores” e que:

[...] relativamente à previsão de processo seletivo simplificado, este encontra *respaldo* no art. 37, inc. IX, da Constituição Federal; o processo de implantação da nova empresa pública configura hipótese de necessidade *excepcional*, a validar a previsão de um prazo dentro do qual a contratação de pessoal possa ser feita de forma mais expedita (NOTA TÉCNICA à MP 520/2010, 2011, p. 14, grifo meu).

Com efeito, a Lei n.º 8.745/1993, com a redação dada pela Lei n.º 11.784/2008, dentre as hipóteses que caracteriza como “necessidade temporária de excepcional interesse público”, elenca as “*técnicas especializadas* necessárias à implantação de órgãos ou entidades ou de novas atribuições definidas para organizações existentes ou as decorrentes do que considera-se como de aumento *transitório* no volume de trabalho que não possam ser atendidas mediante a aplicação do art. 74 da Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990”, ou seja, mais uma vez, os líderes valem-se de pontos de uma lei, em que caracterizam-se meras exceções e excepcionalidades, de forma a tornar permanente situações claramente definidas como temporárias, algo que, ironicamente, o Partido dos Trabalhadores sempre condenara até então.

E, como se não bastassem os já apresentados nefastos argumentos, a Nota finaliza declarando:

Em conclusão, opinamos que os dispositivos dessa MP relativos ao regime jurídico, à seleção e à contratação de servidores são consentâneos com o modelo proposto para o novo ente, *além de favorecer de forma mais ágil o aproveitamento de milhares de servidores terceirizados* em atividade nas fundações de apoio e instituições de ensino, evitando, assim, a descontinuidade dos serviços por ele prestados”. Aqui, novamente o emprego de o que os integrantes do próprio partido definiram no passado como “chantagens” utilizadas como justificativa da adoção de medidas gerenciais e declarando ainda tratar-se de uma mera manobra para favorecer a permanência de pessoal não concursado, chamados pelos próprios líderes do partido de “atuais servidores terceirizados” (NOTA TÉCNICA à MP 520/2010, 2011, p. 14, grifo meu).

Em artigo que trata da terceirização na Saúde Pública, o procurador do trabalho, em exercício na Procuradoria Regional do Trabalho da 12ª. Região, sr. Marcelo José Ferlin D. Ambroso, a terceirização da saúde pública:

À vista do rigor constitucional-legal no trato da saúde pública, duas primeiras conclusões saltam aos olhos:

1) que a prestação deste serviço é de responsabilidade primária estatal, ante a posição do Estado como garante e provedor das condições indispensáveis ao exercício do direito à saúde;

2) que o papel da iniciativa privada se dá em caráter meramente complementar à atividade estatal e, mesmo assim, em obediência às diretrizes do sistema único de saúde. Pois bem, partindo de tais premissas, de antemão se percebe que a terceirização de uma atividade primária só pode ocorrer de forma excepcional, e, em se tratando de exceção, primeiramente, é vital identificar os problemas e condições capazes de fomentar a sua ocorrência/opção pelo administrador público. Neste norte, são problemas que gravitam no entorno da saúde pública pátria:

- demanda x escassez de profissionais de saúde;
- baixa remuneração de médicos;
- Municípios de difícil acesso ou de condições particulares de difícil provimento (distância da capital e centros maiores, população pequena, falta de atrativos, equipamentos médico-hospitalares de alto custo etc.);
- limites de pessoal com a Lei de Responsabilidade Fiscal (LC 101/00);
- cartéis de saúde (estabelecimentos privados e profissionais liberais com influência política na comunidade);
- pseudo-cooperativas (empresas mascaradas de “cooperativas” para barateamento dos custos);
- corrupção administrativa;
- má-gestão pública;
- falta de conhecimento/assessoramento jurídico adequado do gestor público (D’AMBRÓSIO, M.J.F., 2014).

O procurador ainda enumera o que considera aberrante em nossa realidade atual quando cita o ilegal convívio de servidores efetivos com terceirizados, executando as mesmas funções e ainda percebendo remunerações díspares e o que considera como o “comprometimento da formalização e execução de política de recursos humanos na área de saúde e de seus objetivos”. A “falta de organização do sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal; falta de valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS)” (D’AMBRÓSIO, M.J.F., 2014).

O autor ainda declara que como consequências da terceirização irregular da saúde pública:

Como toda terceirização irregular na administração pública, as consequências são similares, principiando pelas múltiplas violações ao ordenamento jurídico:

- burla aos princípios que regem a administração pública e ao princípio da universalidade do acesso a cargos, empregos e funções públicas (concurso público);
- intermediação irregular de mão de obra no serviço público importa em violação múltipla ao princípio da legalidade, com a precarização de contratos de trabalho mediante paga de ágio ao atravessador em prejuízo do piso salarial, descumprimento de normas de saúde, segurança, medicina e higiene do trabalho (terceirização até de engenheiros e técnicos de segurança do trabalho), direitos sindicais frustrados, vínculo direto elidido (arts. 2o, 3o, 29 e 41, c/c art. 9o da CLT), (D'AMBRÓSIO, M.J.F., 2014).

O procurador ainda discorre que, atualmente, todos os entes federativos fazem uso da exceção prevista no art. 37, IX, da CF, mesmo a administração indireta, e contratam temporariamente, sendo comum, nas áreas mais sensíveis de prestação de serviços do Estado ao cidadão, como a saúde e educação, “tornar-se regra a exceção e serem pouquíssimos os servidores efetivos do quadro, enquanto milhares de professores, médicos e enfermeiros são admitidos em caráter temporário” (D'AMBRÓSIO, M.J.F., 2014). O mesmo autor ainda acrescenta que:

- Nos Municípios brasileiros, a média de contratação temporária equivale a 30% do quadro efetivo total e os comissionamentos (admissões sem concurso) representam número superior a 20% do quadro efetivo total (ex.: para 3000 efetivos, 1000 temporários e 600 comissionados), o que traduz a exata dimensão do problema e a dificuldade de implementação do concurso público como regra geral para admissões no serviço público. As consequências deste nocivo comportamento dos gestores públicos são conhecidas da população:
- falta de continuidade do serviço público;
 - quebra do plano de governo (projetos abandonados);
 - precarização dos serviços públicos, especialmente saúde e educação públicas;
 - empreguismo e apadrinhamento = curral eleitoral;
 - ineficiência administrativa (D'AMBRÓSIO, M.J.F., 2014).

Há ainda problemas crônicos que se refletem na má gestão do serviço público brasileiro, que, conforme o procurador, são exemplos a omissão contumaz na realização de concursos, omissão na ampliação do quadro de pessoal, falta de fiscalização do serviço prestado, contratação irregular, terceirização exacerbada, quarteirização, assédio moral, perseguição política, má-alocação ou gerenciamento ineficaz de recursos humanos (escalação esdrúxula, alocação incorreta de pessoal), falta de condições ou de instrumentos de trabalho, descumprimento de normas de saúde, segurança, medicina e higiene do trabalho (meio ambiente laboral insatisfatório) e ainda os chamados funcionários “fantasmas” (D'AMBRÓSIO, M.J.F., 2014).

Para Lúgia Bahia (2011), a existência de partidos políticos fracos também demonstra um desvirtuamento da função legislativa, levando a uma certa confusão entre o que é público e o que é privado, o que a autora chama de “privatização do público” (BAHIA, 2011).

A mesma autora ainda acrescenta que as empresas de planos de saúde privados contribuíram para o financiamento de campanhas políticas a postulantes de mandatos tanto parlamentares quanto para a esfera do Executivo, o que é apenas mais um reflexo do que vemos hoje na saúde brasileira (BAHIA, 2011).

Em notícia publicada recentemente pela imprensa, a contratação temporária de funcionários para a saúde em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, durante administrações petistas, entre 1997 e 2002, foi considerada pela Justiça ato de improbidade administrativa de ex-prefeitos e secretários municipais:

A 1ª Vara da Fazenda Pública condenou os ex-prefeitos **Tarso Genro, Raul Pont e João Verle**, além dos ex-secretários **Henrique Fontana, Lucio Barcelos e Joaquim Kliemann**, a pagamento de multa e suspensão dos direitos políticos por cinco anos. Como os processados devem recorrer ao Tribunal de Justiça, as punições ficam suspensas até que o caso transite em julgado. A partir de uma ação movida em 2002, pela Promotoria de Defesa do Patrimônio Público, a decisão da juíza Vera Regina Cornelius da Rocha é do dia 24 de setembro de 2013 e foi publicada em dezembro. A defesa dos réus afirma, no processo, que a contratação temporária foi necessária para não deixar a população sem atendimento médico. A magistrada entendeu que “a demanda de serviços é permanente, descaracterizando totalmente a motivação invocada para contratações emergenciais, além disso, com vários concursos em andamento para contratação de servidores, ao invés de nomear aprovados, contrata-os de forma temporária.

De acordo com a mesma notícia, eles não podem ser enquadrados na Lei da Ficha Limpa porque a legislação exige que o político tenha condenação por órgão colegiado. Para que a condenação tenha efeito prático, a ação precisa percorrer todos os graus de jurisdição, o que dificilmente ocorrerá antes do registro das candidaturas, até 5 de julho (Jornal ZERO HORA, de 21/01/2014).

Como consequência, o município foi proibido de fazer contratações temporárias de servidores na área, além de ter de suspender todos os contratos firmados com base na Lei Municipal 7.770/96.

Já em 31 de maio do corrente ano foi publicada uma notícia a respeito da parceria entre a Prefeitura de Porto Alegre e o grupo hospitalar Moinhos de Vento,

para a construção de um hospital no bairro Restinga, em que o jornal Zero Hora relata:

[...] a construção não é obra do governo. O hospital foi erguido, mediante programa de isenções fiscais, pela Associação Hospitalar Moinhos de Vento, responsável pela unidade de mesmo nome no bairro Moinhos de Vento. Mas o governo federal será responsável por 50% das verbas para manutenção. O Estado arcará com 25% e o município, com os 25% restantes.

A estimativa é de que sejam investidos na unidade, por mês, entre R\$ 3,8 milhões e R\$ 4,1 milhões.

— É o coroamento de uma parceria que tem tudo para dar certo. Construimos, vamos treinar e contratar os funcionários, mas os governos bancarão a receita. Até porque o hospital atenderá 100% pelo SUS, **sendo destinado a quem não pode pagar** pelo serviço médico — afirma Luiz Antonio Mattia, gerente de operações de responsabilidade social do Hospital Moinhos de Vento (JORNAL ZERO HORA, de 31/05/2014, grifo meu).

De acordo com notícia publicada no jornal Diário Gaúcho, em 05/06/2014, o custeio do novo hospital será “compartilhado”:

O Hospital da Restinga foi concebido a partir de uma parceria entre o Ministério da Saúde (MS) e o Hospital Moinhos de Vento, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Proadi). Como parte deste programa, o MS fornece verba para a edificação da instituição (R\$ 110 milhões por meio de isenção de impostos) e o HMV transfere conhecimento, tecnologia e educação para o sistema público. O custo mensal de manutenção do hospital é de R\$ 4,6 milhões (DIÁRIO GAÚCHO, de 05/06/2014, grifo meu).

Em notícia publicada na coluna de política do jornal Correio do Povo, de 06/06/2014, temos uma reportagem em que o ex-presidente da república, Luis Inácio Lula da Silva, declara:

Lula: ‘Os empresários nunca ganharam tanto’. Ex-presidente fez balanço na Capital dos 11 anos do governo petista no país. O ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva palestrou ontem em Porto Alegre para um grupo de empresários e políticos do Estado, em evento organizado para comemorar os dez anos da revista Voto. Ele falou durante 1h30min. para cerca de 200 pessoas e fez um balanço dos oito anos de seu governo e também da continuidade que Dilma Rousseff deu às ações estratégicas.

O ex-presidente abriu o encontro questionando os presentes sobre como estava o faturamento de suas empresas em comparação ao início de seu governo em 2003. ‘Algum de vocês estava melhor em 2002 do que está agora? Os empresários nunca ganharam tanto dinheiro.’

Lula ressaltou que reconhece que o país ainda falha com a população em muitos momentos. ‘Eu sei que temos problemas, mas avançamos nesses últimos anos mais que muitos achavam que conseguiríamos’, disse. Segundo ele, o país ainda não sabe ‘se comportar como um país grande’.

O tema 'O Brasil para a próxima década' não foi pauta para Lula, que, descontraído, ainda lembrou dos atritos com a imprensa enquanto comandava o Planalto. 'Quando eu criticava a imprensa era ataque à mídia, quando me atacavam eram críticas ao presidente. Foi melhor assim mesmo', arrancando risos da plateia. O ex-presidente se emocionou ao lembrar da infância pobre. 'Minha mãe, mesmo sem ter o que dar de comer aos seus filhos, não se queixava e mantinha o pensamento de que iria melhorar. Aprendi com isso e não sou de reclamar, sou de fazer', afirmou (JORNAL CORREIO DO POVO, de 06/06/2014).

Na página da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, em 06/06/2014, estava publicada a notícia:

“Hospital Restinga Extremo-Sul começa a funcionar em julho”. [...] o Hospital Restinga Extremo-Sul foi concebido a partir de uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Moinhos de Vento, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Proadi). Como parte deste programa, o governo forneceu verba para a edificação da instituição (por meio de isenção de impostos), e a empresa é responsável por transferir conhecimento, tecnologia e educação para o sistema público.

Mas o destaque da notícia ficou por conta da declaração do superintendente do Hospital Moinhos de Vento:

“É um hospital com a qualidade e a tecnologia de um hospital privado operando a serviço do SUS, com a excelência de serviços que queremos para a saúde pública no Brasil”, disse Torelly, superintendente do Moinhos de Vento.

Os excertos supra ilustram o verdadeiro cenário em que a Saúde Pública tem sido trabalhada em nosso país. Pelo Brasil afora temos mais inúmeros casos de “parceria”, caracterizando, na prática, a entrega completa da gestão de instituições de saúde, como em Pernambuco, pelo atual governador e candidato à presidência da república, Eduardo Campos, conforme descrito por Heitor Scalabrini Costa:

A saúde pública em Pernambuco caminha a passos largos para que o gerenciamento das unidades de saúde venha a ser transferido para Organizações Sociais (OS). Em estados em que este modelo foi adotado, como São Paulo, as consequências foram desastrosas, antidemocráticas e antissociais. A terceirização da saúde pública criou diversos problemas, pois gera a mercantilização de um sistema que por dever é de responsabilidade do poder público e por direito, da população, que deve ter acesso a uma saúde de qualidade, ágil e resolutiva (COSTA, H.S., SITE VIOOMUNDO, publicado em 14 de outubro de 2013).

Quanto à instância federal, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), bem como a instituição de fomento à contratação de empresa de previdência para o quadro funcional criado para ela, conforme já apresentado neste trabalho, ilustra o quadro no tocante à atual presidente, Dilma Roussef (BRASIL, 2011, Art. 15).

4. CONCLUSÕES / CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente a todas as considerações expostas ao longo deste estudo, que teve como objetivo conhecer o fenômeno da privatização, terceirização e implantação de Fundações de Direito Privado no serviço público de saúde brasileiro e ainda com o intuito de entender o fenômeno dessa aparente tendência, que ocorre de forma generalizada nas três esferas de instância do poder executivo nacional e com chancela dos parlamentos das três instâncias do Poder Legislativo, assim como também o endosso de boa parte do Poder Judiciário, buscou-se encontrar respostas para a ocorrência desse fenômeno, que ocorre de forma generalizada, independentemente do matiz ideológico dos governos que ascenderam ao poder nas últimas décadas.

Também buscou-se verificar a ocorrência de eventual precarização de vínculos a que os trabalhadores ingressantes no setor público, por estas modalidades, estejam sujeitos, o que, de fato, o presente estudo logrou êxito em identificar evidências para tal, na forma exemplificada nos dados e relatos encontradas na literatura pesquisada, entendida, aqui, como natural e direta consequência das modalidades contempladas pelos gestores nacionais.

Como muito bem exemplifica o destacado jurista Wagner Gonçalves (1998), em que, com grande lucidez, já enumerava a problemática situação que as formas escolhidas para instituir nosso serviço público de saúde gerariam e todas as mazelas advindas de tais decisões, como, por exemplo, ao declarar que o que estava e está ocorrendo de fato:

Não há aumento da capacidade instalada, pelo contrário. O Estado transfere suas unidades hospitalares, prédios, móveis, equipamentos, recursos públicos e inclusive pessoal do quadro de servidores para a iniciativa privada, que passa a dispor dos mesmos como se seus fossem, recebendo, em contrapartida, recursos públicos em pecúnia e os gerindo como se particulares fossem (GONÇALVES, 1998).

O mesmo autor também traz o caso do desmonte da Saúde Pública no estado da Bahia, em que destaca seu caráter próprio, não se objetivando como em outros

estados somente a terceirização da Saúde, mas uma parceria com a iniciativa privada, bem mais ampla e ao deparar-se com o nível em que os serviços foram sendo entregues pelos administradores públicos, o jurista decreta:

Serviços próprios do Estado são aqueles que se relacionam intimamente com as atribuições do poder público (segurança, polícia, higiene e saúde pública, entre outros) e para a execução dos quais a Administração usa da sua supremacia sobre os administrados. Por esta razão, só devem ser prestados por órgãos ou entidades públicas, sem delegação a particulares. Tais serviços, por sua essencialidade, geralmente são gratuitos (GONÇALVES, 1998).

Por serem um serviço público, as ações e a execução da prestação dos serviços de saúde dentro do âmbito do SUS, e sujeitas às regras dos Artigos 37 e 175 da Constituição Federal, no que se referem à necessidade de prévia licitação, ao recrutamento de pessoal mediante concurso público e ao respeito ao princípio da legalidade, impessoalidade, moralidade e publicidade (BRASIL, 1988). A não ser assim, os tradicionais instrumentos de fiscalização concebidos para evitar o desvio de recursos públicos deixarão de ser aplicados, ficando o Poder Público desguarnecido de mecanismos que possibilitem o controle sobre o uso de verbas do SUS.

Conforme muito bem ilustra o jurista Marcelo J. D'ambrosio (2010), no âmbito da Administração pública, a prática demonstra que a criatividade é utilizada sempre para burla da legislação e não para o seu cumprimento. E o autor acrescenta: "Frente à primeira dificuldade encontrada, o gestor público busca como 'solução' o ilícito e não uma alternativa legal para contornar o problema".

Para o emérito jurista, os problemas no tocante à terceirização e privatização da Saúde Pública vão continuar ocorrendo se "não houver uma sensibilização social para o tema, já em resgate do tripúdio sobre as normas que regem direito de saúde do cidadão, com fiscalização ampla e denúncia da sociedade" (D'AMBRÓSIO, 2010).

Em se tratando de terceirização da saúde pública, é interessante notar que, mediante contrato, convênio ou termo de parceria de gestão: é a transferência da unidade de saúde pública para gerenciamento, execução e prestação de serviços públicos de saúde pela entidade privada contratada, ou seja, por outras palavras, privatização. Na privatização, desaparece o servidor público, passando a unidade a contar com o pessoal contratado diretamente pelo gestor privado. Também temos a modalidade mediante contrato ou termo de parceria para

prestação de serviços públicos de saúde: contratação de mão de obra complementar para prestação de serviços em toda a unidade de saúde pública ou em determinado setor, ou fora dela, que nada mais é do que a terceirização propriamente dita (BRASIL, 1990).

Na terceirização, o servidor público pode conviver ou não com o funcionário terceirizado. No primeiro caso, se não há aumento da capacidade instalada para cobertura da população, ocorre franca violação do art. 24 da Lei 8080/90, já que o serviço de saúde passa à iniciativa privada de forma total e não em caráter complementar, o que se caracteriza como ato inconstitucional e ilegal, e aqui se enquadra a imensa maioria das hipóteses de contratação do Poder Público com terceiros, pois geralmente o Estado (União, Estados, Municípios ou Distrito Federal, seja administração direta ou indireta) constrói e finaliza a unidade de saúde (inclusive com equipamentos), e conforme foi exemplificado e descrito no presente estudo e depois simplesmente a entrega para administração da iniciativa privada, sem qualquer melhoria do serviço (ou, muitas vezes, com máscaras de “melhorias” para aparência de legalidade) (BRASIL, 1990).

Por isso, o cenário do desmonte do setor saúde no país não é nada promissor. A inserção de atores outros, estranhos à administração pública, fere a Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990). A união e conscientização de todo o povo brasileiro, incluindo seus órgãos fiscalizatórios, bem como das mídias, é imprescindível à reversão do panorama encontrado atualmente.

O desafio de encontrar respostas efetivas para dar resposta ao principal questionamento deste trabalho foi abissal. Mas isso não demoveu o autor em sua busca para alguma explicação formal do por que, independentemente do matiz ideológico, a tendência tem sido uma só: a da entrega, seja através do instituto da terceirização, seja pela via da privatização ou mesmo para novos arranjos encontrados pelos gestores públicos, o das Fundações Públicas de Direito (pasmem) Privado.

Conforme muito bem descreve Amadigi (2007), as políticas públicas, na lógica privatista, são substituídas por programas focais e compensatórios (AMADIGI, et al, 2007).

. Enquanto as políticas públicas são pensadas para dar respostas a todos os indivíduos, entendendo-os como cidadãos de direito, os programas compensatórios limitam-se a minimizar o impacto da flexibilização do papel do Estado requerida

pelas iniciativas neoliberais, voltando a ação apenas para os mais frágeis (COSTA, 1996).

Assim, a privatização dos serviços sociais obedece à proposta de mercantilização dos bens sociais, admitindo, com naturalidade, o lucro. O Estado continuaria destinando recursos, como este estudo buscou demonstrar, mas não para a efetiva ampliação da sua rede de serviços com o intuito de reduzir as iniquidades, e sim, no pagamento pela contratação de entidades comunitárias ou ONGs que executariam tais serviços.

Nesse modelo, portanto, os critérios públicos são substituídos por critérios privados de organização e acesso a bens e serviços sociais. A filantropia substitui o direito social. Os pobres substituem os cidadãos. A ajuda individual substitui a solidariedade coletiva. O emergencial e o provisório substituem o permanente. As microssoluções substituem as políticas públicas. O local substitui o regional e o nacional. É o reinado do minimalismo no social para enfrentar a globalização no econômico (SOARES, 2005).

Para Amadigi (2007), ao invés de evoluirmos para um sistema realmente público e universal, que garanta os direitos sociais a todos os cidadãos, vemos reduzir-se ainda mais a capacidade de intervenção do Estado nas questões sociais (AMADIGI, et al, 2007).

A mesma autora ainda lembra que a modernidade proposta pelos próceres do capital se configurou pela superposição das antigas e novas desigualdades, causadas, entre outras razões, pelo aumento do desemprego fruto da flexibilização dos mecanismos de proteção social, aumentando a massa de vulneráveis, uma vez que a ação do Estado, em tempos de neoliberalismo, resume-se ao caráter emergencial e focalizador diante dos problemas sociais (AMADIGI, et al., 2007).

Talvez o mais irônico, na atual conjuntura da Saúde Pública de nosso país, seja que ao mesmo tempo em que o Estado se afasta da regulação econômica e da intervenção no campo social, estas funções se tornam cada vez mais necessárias e imprescindíveis para a preservação do tecido social.

O papel de regulação atribuído ao Estado é imprescindível para os serviços de saúde, pois não existem condições ideais que fundamentem a perfeita competição na lei de mercado, conforme demonstrado no presente estudo. O alcance da equidade, nesses casos, é pouco provável, uma vez que os serviços

serão disponíveis conforme a capacidade de pagamento dos sujeitos, o que prejudicaria, em especial, os mais necessitados.

Marcado pela estratégia de desestatização, o Estado desfez-se de importantes equipamentos estatais, em especial dos rentáveis (BAHIA, 2005).

. Esse procedimento encaminhou-o para a configuração de um Estado pobre, que desenvolve ações sociais pobres (focalizadas), direcionadas aos pobres (AMADIGI, et al, 2007).

Assim, o estudo chegou à conclusão de que, ao menos, até o momento, não há publicações disponíveis que apontem de forma cabal os reais motivos para a principal indagação deste estudo. A motivação para isso talvez resida muito mais na tergiversação por parte dos agentes envolvidos, indicando que possa o fenômeno dever-se muito mais a um generalizado pragmatismo de agentes políticos, conduzidos ou simplesmente alçados ao poder, através de patrocínios oriundos de poderosos grupos privados nacionais e até internacionais da área da saúde e, principalmente, de uma ainda ausente tomada de decisão por parte da nação brasileira acerca do modelo que desejam para o setor saúde do país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABUD, J. Revista de Economia Política 27 (3), In: JOMO, K. S ; Fine, Bem (org). **The New Development Economics — After the Washington Consensus**. Tulika Books and Zed Books, 2006.

ACIOLE, G. G. Un abordaje de la antinomia publico-privado: revelando relaciones para la Salud Colectiva. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.19, p.7-24, jan/jun, 2006.

ALBERTO, L.G.; MACHADO, C. V., TEIXEIRA, M. **O quadro de trabalhadores federais em saúde no Brasil: uma análise no contexto dos anos 2000**. 2011, vol. 21, n.4, pp. 1537-1560.

ALCANTARA, Christian; CASTOR, B. V. Jobim. In: JEGER, E. Parcerias público-privado. **Ensaios bibliográficos**; 1996; 120 (I):165-80.

_____ In: GLICKMAN, S., et al. Outsourcing investing services. **Healthcare Financial Management**, 1996, p. 94-7.

_____ In: PRAGER, J. Contracting out government services: lessons from the private sector. **Public Administration Review**. 1994; p. 176-84.

_____ In: SORBER, K. & Straight, R. Competing contracting offices: working better, costing less. **Public Administrative Quarterly, Fall**. 1995; p. 375-85.

AMADIGI, et al. A relação público-privado na saúde brasileira: refletindo eticamente sobre os impasses e tendências para o SUS. **Ciênc. Cuid. Saúde**; out/dez; 6(4): 508-13, 2007.

ASSIS, V. Terceirização: depois da tempestade, vem a calmaria. **Ser Humano**. 1997; (118): p. 10-5.

BAHIA, L. O SUS e a universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: LIMA, et al. **Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

_____. **A medicalização de estados pré-doença e de fatores de risco torna-se cada vez mais comum. Conseqüentemente, a perspectiva de comercializar medicações já existentes para pessoas saudáveis expande enormemente o mercado e aumenta gastos com saúde.** *Jornal dos economistas – Corecon*, Jan. 2012.

BANDEIRA DE MELLO, Celso Antônio. **Curso de Direito Administrativo**, 22 ed. São Paulo: Malheiros, 2007.

BARBOSA, N. B. e ELIAS, P. E. M. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público / privado. **Ciênc. saúde coletiva**. vol. Nº15. 5 Rio de Janeiro Aug. 2010.

BEHRING, E. R. **A contra-reforma do Estado no Brasil**. Rio de Janeiro: UFRJ/ESS, Mimeo, 2002.

BORGES, F. T. Anatomia da privatização neoliberal do Sistema Único de Saúde: O Papel das Organizações Sociais de Saúde. In: LEYS, C.; Player, S (org). **The plot against the NHS**. Pontypool: Merlin Press; 2011.

BRASIL, 1974. Lei nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974. **Dispõe sobre o trabalho temporário nas empresas urbanas e dá outras providências.**

BRASIL, 1997. Decreto nº 2.271, de 7 de julho de 1997. **Dispõe sobre a contratação de serviços pela Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional e dá outras providências.**

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988**. São Paulo: Saraiva, 2000.

_____. Lei nº 8.080/90, 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, 20 set. 1990.

_____. Lei nº 8.142/90, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.** *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 30 dez. 1990.

_____ **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília: MARE, 1995.

_____ Lei Complementar nº 101 de 4 de Maio de 2000 (**Lei de Responsabilidade Fiscal**), Brasília, 2000.

_____. Lei nº 12.550 de 15 de Dezembro de 2011. **Autoriza o poder executivo a criar a empresa pública EBSEH.** Brasília, 2011.

BRASIL, H. G. **A empresa e a estratégia da terceirização.** Revista de Administração de Empresas. São Paulo; 1993, 33(2): p. 6-11.

BRAVO, M.I.S. et al. **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde.** 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008.

CARELLI, RL. **Terceirização e direitos trabalhistas no Brasil.** In: Druck, G; Franco, T. (orgs); autores Ângela Borges, et al. Perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização. São Paulo: Boitempo Editorial, 2007. Cap. 3, p.59-68.

CAMPOS, G.W.S. **Os médicos e a política de saúde.** São Paulo: Hucitec; 1988.

_____. **O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde.** São Paulo : Hucitec; 2007, p. 1867-70.

CARDOSO, F.M., CAMPOS, G.W.S. **Reformas Neoliberais, Reforma Sanitária Brasileira e Fundações Estatais de Direito Privado: análise de documento da Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF) – Bahia.** Saúde em Debate • Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 219-232, abr./jun. 2013.

CHERCHGLIA, M. L. Terceirização do trabalho nos serviços de saúde: alguns aspectos conceituais, legais e pragmáticos. In: SANTANA, P.; CASTRO, J. L. (Org.). **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde.** Natal: EDUFRN, 1999. p. 367-385.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **As Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIPs.** Parecer aprovado na 150ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/docs/Parecer/perecer.doc>. Acesso em 20 fev. 2014.

COSTA, A. B. **O desenvolvimento econômico na visão de Joseph Schumpeter.** Cadernos IHU Idéias, 2006; 47: p. 1 -22.

COSTA Fábio, Macedo-Soares T. Diana L.V. A. **Outsourcing estratégico: uma nova perspectiva.** Rev Admin Pública, 2003; 37(1): p. 99-131.

COSTA, N. **O Banco Mundial e a política social nos anos 90: a agenda para a reforma do setor de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro, ENSP, 1996.

COSTA, S. **As cores de Ercília: esfera pública, democracia, configurações pós-nacionais.** Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2002.

DEJOURS, C. In: Lancman, S; Sznelwar, L (orgs): **Da psicopatologia a psicodinâmica do trabalho**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Brasília: Paralelo 15, 2008.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Parcerias na Administração Pública: concessão, permissão, franquia, terceirização e outras formas**. 4ª edição, São Paulo: Atlas, 2003.

DRUCK, G; FRANCO, T. **Perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2007.

ELIAS, P. E. M. **Das propostas de descentralização de saúde ao SUS: as dimensões técnica e político-institucional**. 1996. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

GIL, A. C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 5.ed. São Paulo: Atlas S.A., 2010.

GIDDENS, A. **Sociologia**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

GIOSA, L. **Terceirização: uma abordagem estratégica**. 5ª. Edição. São Paulo: Ed. Pioneira, 1997. 144p.

GONÇALVES, W. **Parecer sobre Terceirização e Parcerias na Saúde Pública**, 27 de maio de 1998.

GOUVEIA, R. PALMA, José João. **SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social**. Estudos Avançados. 1999, vol.13, n.35, pp. 139-146.

GRAMSCI, A. **Cadernos do cárcere. Maquiavel: notas sobre o Estado e a política**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

HIRATA, H. **A precarização e a divisão internacional e sexual do trabalho**. Sociologias, Porto Alegre, ano 11, nº21, jan/jun. 2009, p24-41.

JEGER, E. **Parcerias público-privado**. Ensaios bibliográficos. 1996; 120 (I): p. 165-80.

LAMARCA, ICSA. **Reformas Administrativas e Políticas de Incorporação da Força de Trabalho no Governo Central Brasileiro (1995-2006)**, 2009. Tese

(Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2009.

MACHADO, MH; Oliveira, ES e Moyses, NMN. **Tendências no mercado de trabalho em saúde no Brasil**. Artigo, 2010.

MARQUES, R. M, MENDES, A. **O governo Lula e a contra-reforma previdenciária**. São Paulo Perspec. 2004, vol.18, n.3, p. 3-15.

MARTINS, A. F. **Precarização e violência no trabalho: um olhar sobre as relações de trabalho em instituições públicas de saúde do Rio de Janeiro**. Dissertação de Mestrado – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

MINAYO, M.C. de S. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO RIO GRANDE DO SUL **Parecer sobre terceirização e parceiros na Saúde Pública**. Brasília, 27 de Maio de 1998. Disponível em <http://www.mprs.mp.br/dirhum/doutrina/id239.htm>. Acesso em 16 abr. 2014.

NOGUEIRA, Leila de Mello Yañez **Estabilidade versus flexibilidade: a dicotomia necessária à inovação na gestão de recursos humanos em uma organização pública, estatal e estratégica como Bio-Manguinhos/Fiocruz**. Dissertação (Mestrado Profissional em Política e Gestão de Ciência, Tecnologia & Inovação) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

_____**R. P. Estabilidade e flexibilidade: tensão de base nas novas políticas de recursos humanos em saúde**. Revista Divulgação em Saúde para Debate, n. 14, p. 18-22, 1996.

_____ Política de recursos humanos para a saúde: questões na área da gestão e regulação do trabalho. In: SANTANA, P.; CASTRO, J. L. (Org.). **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde**. Natal: EDUFRN, 1999. p. 443-450.

_____ Reforma do Estado, o SUS em reforma e os recursos humanos. In: SANTANA, P.; CASTRO, J. L. (Org.). **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde**. Natal: EDUFRN, 1999. p. 65-81.

OLIVEIRA, F. Privatização do público, destituição da fala e anulação da política. In: OLIVEIRA, F.; PAOLI, M. C. **Os sentidos da democracia**. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 2000. p.55-81.

OLIVEIRA, J.A., TEIXEIRA, S.M.F. **(Im)previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil**. Petrópolis: Vozes/Abrasco; 1985.

OTERO, Paulo. Coordenadas Jurídicas da Privatização da Administração Pública, in: **Os Caminhos da Privatização da Administração Pública**. Boletim da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Coimbra: Coimbra Editora, 2001.

PAGÉS, M. **O poder das organizações**. 1ª edição. São Paulo: Atlas, 2006.

PEREIRA, L. D., **A Gestão da Força de Trabalho em Saúde na Década de 90**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14(2):363-382, 2004.

PEZÉ, M. **Forclusão do feminino na organização do trabalho: um assédio de gênero**. 2004. Revista Produção. Prod. vol.14 no.3 São Paulo Sept./Dec. 2004.

PIETRO, M.S.Z. **Parcerias na Administração Pública**. 2ª ed., São Paulo: Atlas, 2002.

PINTO, S. Souza. **Terceirização e qualidade de serviços nas empresas estatais paulistas**. (Tese de Doutorado.) São Paulo, USP, 1995.

POLANCO, J.D. **Elementos para la construcción de una estrategia frente al proceso de privatización de los servicios de salud en Venezuela**. In: Eibenschutz, C. (Org.). Política de saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995, p. 155-173.

SAKAI, M. K. **Breve análise acerca do instituto da estabilidade do funcionário público**. Revista Científica Semana Acadêmica. Fortaleza, nº. 53, 2014.

SANTOS, L. A. **Agencificação, Publicização, Contratualização e Controle Social - Possibilidade no Âmbito da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília/DF: Editora: Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar – DIAP, 2000.

SANTOS, M.A.B. **Terceirização da prestação de serviços de saúde no SUS: o caso das análises clínicas**. Tese de Doutorado – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

_____ Terceirização da prestação de serviços de saúde no SUS: o caso das análises clínicas. In: YANG, Dong-Hoon, et al. (org). **Developing a decision model for business process outsourcing**. Comput Oper Res, 2007, p. 34.

_____ In: TAYLES, Mike, Drury Colin (org). **Moving from make/buy decisions to strategic sourcing: the outsource decision process**. Long Range Plann, 2001; 34(5): p. 605-622.

_____. In: HARLAND, et al. **Outsourcing: assessing the risks and benefits for organizations, sectors and nations**. International J. Oper Prod. Manag, 2005; 25(2): p. 831-850.

_____. In: Mathonnat, Jacky. **Contracting is not an end in itself**. B World Health Organ 2006; 84(11): p. 912-913.

_____. In: HOOD, Christopher. **A Public Management For All Seasons?** Public Admin 1991; 69(1): 3–19.

_____. In: EVANS Peter. **Use of contracting in public health**. B World Health Organ; 2006; p. 842.

_____. LAGARDE Mylene, Palmer Natasha. **The impact of contracting out on health outcomes and use of health services in low and middle-income countries**. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4, Art N° CD008133, 2009.

SILVA, R. C. G. **Recursos humanos no Ministério de Saúde: uma análise**. 2006. 48 f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2006.

SOARES, L.T. O público e o privado na análise da questão social brasileira. In: HEIMANN, L.S, et al. **O público e o privado na saúde**. São Paulo: Hucitec/OPAS/IDRC; 2005. p. 57-82.

_____. Prefácio da obra MONTAÑO, Carlos. **Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social**. São Paulo: Cortez, 2002.

TITTONI, J; NARDI, HC. Subjetividade e trabalho. In: Cattani, AD; Holzmann, L. (orgs). **Dicionário de trabalho e tecnologia**. 2a. ed. rev. ampl. Porto Alegre, RS: Zouk, 2011.

THÉBAUD-MONY. Terceirização: a erosão dos direitos dos trabalhadores na França e no Brasil. In: DRUCK, G; Franco, T. (org). **Perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2007. Cap. 2, p.23-58.

VILLA-VERDE FILHO, E. **A estabilidade no serviço público em face da proposta do governo “FHC” de “flexibilizá-la”**. Revista de Informação Legislativa. Brasília, 34 n.134 abr./jun. 1997.

VIOLIN, Tarso Cabral. **A terceirização ou concessão de serviços públicos sociais**. A privatização de creches municipais. In: Informativo de Direito Administrativo e Responsabilidade Fiscal – IDAF nº 13, agosto/2002, Curitiba: Zênite.

_____. **Terceiro Setor e as Parcerias com a Administração Pública: uma análise crítica**. Belo Horizonte: Fórum, 2006.