



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL  
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL**

**ALANA BARBOSA RODRIGUES**

**ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE NO TOCANTINS: A PRÓ-SAÚDE E O  
APROFUNDAMENTO DAS PRIVATIZAÇÕES NOS HOSPITAIS PÚBLICOS DO  
ESTADO**

**MIRACEMA DO TOCANTINS - TO  
2021**

ALANA BARBOSA RODRIGUES

ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE NO TOCANTINS: A PRÓ-SAÚDE E O  
APROFUNDAMENTO DAS PRIVATIZAÇÕES NOS HOSPITAIS PÚBLICOS DO  
ESTADO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Tocantins, Campus de Miracema do Tocantins, para obtenção do título de Mestre em Serviço Social, aprovada em sua forma final pela orientadora e pela banca examinadora.  
Orientadora: Profa. Dra. Maria Helena Cariaga.

MIRACEMA DO TOCANTINS - TO

2021

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins**

---

- R696o Rodrigues, Alana Barbosa.  
Organizações Sociais de Saúde no Tocantins: A Pró-Saúde e o aprofundamento das privatizações nos hospitais públicos do estado . / Alana Barbosa Rodrigues. – Miracema, TO, 2021.  
107 f.
- Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Miracema - Curso de Pós-Graduação (Mestrado) em Serviço Social, 2021.  
Orientadora : Maria Helena Cariaga
1. Privatização da saúde. 2. Organizações Sociais. 3. Pró-Saúde. 4. SUS Tocantins. I. Título

**CDD 360**

---

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

**Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).**

ALANA BARBOSA RODRIGUES

ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE NO TOCANTINS: A PRÓ-SAÚDE E O  
APROFUNDAMENTO DAS PRIVATIZAÇÕES NOS HOSPITAIS PÚBLICOS DO  
ESTADO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Tocantins, Campus de Miracema do Tocantins, para obtenção do título de Mestre em Serviço Social, aprovada em sua forma final pela orientadora e pela banca examinadora.  
Orientadora: Profa. Dra. Maria Helena Cariaga.

Data de aprovação: 23/ 04/ 2021

Banca examinadora:

---

Prof. (a). Dr. (a) Maria Helena Cariaga, Orientadora, UFT

---

Prof. (a). Dr. (a) Vanda Micheli Burginski, Examinadora, UFT

---

Prof. (a). Dr. (a) Maria Inês Souza Bravo, Examinadora, UERJ

---

Prof. (a). Dr. (a) Rosemeire dos Santos, Examinadora, UFT

“O SUS É NOSSO,  
NINGUÉM TIRA DA GENTE,  
DIREITO GARANTIDO,  
NÃO SE COMPRA  
E NÃO SE VENDE”

“A NOSSA LUTA É TODO DIA,  
NOSSA SAÚDE NÃO É MERCADORIA”

Dedico este trabalho à todas as famílias e vítimas da Covid-19,  
Aos/às bravos/as lutadoras em defesa do SUS.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, Profa.<sup>a</sup> Dra.<sup>a</sup> Maria Helena Cariaga, toda a minha gratidão. Obrigada por contribuir nesta pesquisa e pelo compromisso ético-político no Serviço Social. Admiro muito você, principalmente, pela coragem de enfrentar e lutar pela vida.

À professora Profa.<sup>a</sup> Dra.<sup>a</sup> Vanda Micheli Burginski (UFT), além de professora e referência, uma grande amiga e uma parceira de militância na saúde. Obrigada por ter aceitado participar desta banca. Você me inspira muito. Burile, é permitido!

À professora Profa.<sup>a</sup> Dra.<sup>a</sup> Maria Inês de Souza Bravo (UERJ), nossa brava guerreira, nossa musa da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS), nossa diva e nossa inspiração. Obrigada por ter aceitado prontamente compor essa banca. “O SUS É NOSSO!”

À professora Profa.<sup>a</sup> Dra.<sup>a</sup> Rosemeire dos Santos, professora, amiga e companheira de muitas lutas na ABEPSS e no Serviço Social do estado. Obrigada por suas contribuições neste trabalho.

À minha família: à minha mãe (Irene), meu pai (Carlos) e meu irmão (Herinson), vocês são o afeto que afaga o meu coração e o combustível para os enfrentamentos diários.

Ao meu companheiro Luciano, obrigada pelo apoio imenso nessa trajetória, pela partilha e pela parceria na vida.

Aos colegas do mestrado, que compartilharam muitas alegrias e angústias, em especial, à Glete, Elisane e Enza. Do mestrado para a vida e para a militância.

Às amigas Clarissa, Edinalva, Salete, Kátia, Elizandra, Júnior, Rosi e Jura com quem divido muitos momentos pessoais e profissionais. Obrigada pela amizade e pelo apoio! Em especial, à grande amiga Edinalva que me incentivou e contribuiu com elementos para essa pesquisa. Foi ela que sempre me provocou a pesquisar sobre essa temática e que brevemente teceu as primeiras considerações sobre as privatizações na saúde do estado em sua pesquisa de mestrado.

A todas as pesquisadoras e discentes do Grupo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Estado, Política Social e Serviço Social (GEPOSS).

Aos/as companheiros/as valorosos/as da FNCPS e do Fórum Tocantinense contra a Privatização da Saúde (FTCPS), com quem aprendo e compartilho sempre a defesa intransigente de um SUS público! Com quem compartilho com imenso orgulho essa pesquisa!

“A mim parece-me bem. Privatize-se Machu Picchu, privatize-se Chan Chan, privatize-se a Capela Sixtina, privatize-se o Pártenon, privatize-se o Nuno Gonçalves, privatize-se a Catedral de Chartres, privatize-se o Descimento da Cruz de Antonio da Crestalcore, privatize-se o Pórtico da Glória de Santiago de Compostela, privatize-se a cordilheira dos Andes, privatize-se tudo, privatize-se o mar e o céu, privatize-se a água e o ar, privatize-se a justiça e a lei, privatize-se a nuvem que passa, privatize-se o sonho, sobretudo se for o diurno e de olhos abertos. E finalmente, para florão e remate de tanto privatizar, privatizem-se os Estados, entregue-se por uma vez a exploração deles a empresas privadas, mediante concurso internacional. Aí se encontra a salvação do mundo... E, já agora, privatize-se também a puta que os pariu a todos.”  
Cadernos de Lanzarote Diário III, José Saramago

## RESUMO

O presente trabalho objetiva analisar os processos de aprofundamento da privatização nos hospitais públicos do estado, com destaque para o Hospital Público Geral de Palmas, por meio da OSS Pró-Saúde (Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar), nos anos de 2011 e 2012. O estudo teve como objetivo analisar a relação público-privada da saúde, tratada como mercadoria pela organização social Pró-Saúde, em todos os hospitais públicos estaduais e, em especial, na gestão do maior hospital público do Tocantins, o Hospital Geral de Palmas, entre os anos de 2011 e 2012. Para alcançar o objetivo proposto utilizou-se a pesquisa bibliográfica para compreender a relação público-privada na saúde no contexto da crise estrutural do capital. Recorreu-se também a pesquisa documental, a partir dos relatórios dos órgãos de controle interno e externo, Ministério Público Federal e Estadual do Tocantins, Tribunais de Contas da União e do Tocantins, documentos e relatórios de gestão da Pró-Saúde, termos de gerenciamento da OSS com a Secretaria de Estado da Saúde (SESAU) do Tocantins, notícias em sites e jornais, instrumentos de gestão da saúde como o Plano Plurianual-PPA, Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), Plano Estadual de Saúde-PES, Plano Anual de Saúde (PAS), além de leis, portarias, decretos e outros documentos publicados em Diário Oficial do Estado do Tocantins. A pesquisa demonstrou que a apropriação do fundo público na saúde do Tocantins remete a década de 1990, mesma época de surgimento do estado. Observou-se que a relação público-privada construída entre OSS e SESAU passa pela articulação de sujeitos políticos, representantes do grande capital, que objetivam a captura dos recursos do orçamento público da saúde no estado. Nota-se ainda, que a Pró-Saúde é histórica no Estado, mas, durante os anos de 2011 e 2012, a OSS proporcionou a maior privatização do Tocantins, administrando 17 hospitais estaduais, dentre eles o Hospital Geral de Palmas, o maior da região. Todavia, o estudo revelou o verdadeiro caráter por trás da OSS Pró-Saúde que contribuiu diretamente para o desfinanciamento do SUS e na derruição dos direitos sociais no Tocantins. Um SUS que sequer conseguiu nascer autônomo, pois já foi gestado e permaneceu com o cordão umbilical das OSS.

**Palavras-Chave:** Privatização da saúde. Organizações Sociais. Pró-Saúde. SUS. Tocantins

## ABSTRACT

The present work aims to analyze the processes of deepening privatization in the state's public hospitals, with emphasis on the General Public Hospital of Palmas, through the OSS Pró-Saúde (Beneficent Association of Social and Hospital Assistance), in the years 2011 and 2012. The study aimed to analyze the public-private relationship of health, treated as a commodity by the social organization Pró-Saúde, in all state public hospitals and, in particular, in the management of the largest public hospital in Tocantins, the Hospital Geral de Palmas, between the years 2011 and 2012. To achieve the proposed objective, bibliographical research was used to understand the public-private relationship in health in the context of the structural crisis of capital. Documentary research was also used, based on reports from internal and external control bodies, Federal and State Public Ministry of Tocantins, Federal and Tocantins Courts of Accounts, documents and management reports from Pró-Saúde, management terms of the OSS with the State Department of Health (SESAU) of Tocantins, news on websites and newspapers, health management instruments such as the Pluriannual Plan (PPA), Budget Guidelines Law (LDO), State Health Plan (PES), Annual Plan of Saúde (PAS), as well as laws, ordinances, decrees and other documents published in the Official Gazette of the State of Tocantins. The research showed that the appropriation of public funds in health in Tocantins dates to the 1990s, the same period in which the state emerged. It was observed that the public-private relationship built between OSS and SESAU involves the articulation of politicians' subjects, representatives of large capital, who aim to capture public health budget resources in the state. It is also noted that Pró-Saúde is historic in the state, but during 2011 and 2012, OSS provided the largest privatization of Tocantins, managing 17 state hospitals, including the Hospital Geral de Palmas, the largest in the region. However, the study revealed the true character behind the OSS Pró-Saúde that directly contributed to the unfunding of the SUS and the destruction of social rights in Tocantins. A SUS that was not even able to be born autonomous, as it was already pregnant and remained with the umbilical cord of the OSS.

**Key-words:** Privatization of health. Social Organizations. Pró-Saúde. SUS. Tocantins

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Documentos com diretrizes do Banco Mundial para os países de capitalismo periférico para subsidiar as reformas na saúde .....	48
Tabela 2 – Unidades de públicas de saúde no Brasil sob a gestão da Pró-Saúde em 2019 .....	69
Tabela 3 – Unidades hospitalares públicas de saúde no Tocantins sob a gestão da Pró-Saúde entre 2011-2012 .....	77
Tabela 4 – Execução orçamentária fiscal e da seguridade social apenas da função 10 “saúde” e a subfunção 302 “assistência hospitalar e ambulatorial”, referentes aos meses de janeiro a abril de 2011 .....	78
Tabela 5 – Recursos de custeio e investimento contratualizados por ano (2011 a 2013) entre a OSS Pró-Saúde e o Hospital Geral de Palmas .....	87
Tabela 6 – Recursos de custeio e investimento contratualizados por fonte e por mês no ano de 2011 entre a OSS Pró-Saúde e o Hospital Geral de Palmas .....	87

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Número de estabelecimentos de saúde de municipais por tipo de terceirização, Brasil, 2018 .....	58
Figura 2 – Número de estabelecimentos de saúde de municipais por tipo de terceirização e por região, Brasil, 2018 .....	58

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Orçamento Geral da União Executado (pago) - Ano 2020 .....	44
--	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ABRASCO	Associação Brasileira Da Saúde Coletiva
ACP	Ação Civil Pública
AME	Ambulatório Municipal de Especialidades
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BA	Bahia
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BM	Banco Mundial
CAF	Comissão de Acompanhamento e Fiscalização
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEIS	Cadastro de Empresas Inidôneas e Suspensas
CF	Constituição Federal
CMB	Confederação das Santas Casas, Hospitais e Entidades Filantrópicas do Brasil
CME	Central de Material Esterilizado e Isolamentos
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNJ	Corregedoria Nacional de Justiça
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
COFINS	Contribuição Social para o Financiamento de Seguridade Social
CSLL	Contribuição Social sobre o Lucro Líquido
DEM	Partido Democratas
DENASUS	Departamento Nacional de Auditoria do SUS
DPE	Defensoria Pública do Estado
DOE	Diário Oficial do Estado
DRU	Desvinculação das Receitas da União
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Emenda Constitucional
EPC	Equipamento de Proteção Coletiva
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
ES	Espírito Santo
EUA	Estados Unidos da América

FEDP	Fundações Estatais de Direito Privado
FES	Fundo Estadual de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FMI	Fundo Monetário Internacional
FNCPS	Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FTCPS	Fórum Tocantinense Contra a Privatização da Saúde
GEPOSS	Grupo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Estado, Política Social e Serviço Social
GO	Goiás
HEUE	Hospital Estadual de Urgência e Emergência
HGP	Hospital Geral de Palmas
HRP	Hospital de Referência de Palmas
HMA	Hospital Municipal de Araguaína
HU	Hospital Universitário
HURSO	Hospital de Urgência da Região Sudoeste
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia E Estatística
IDESMA	Instituto de Saúde Santa Maria
ISAC	Instituto de Saúde e Cidadania
LC	Lei Complementar
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentária
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
MPE	Ministério Público do Estado
MPF	Ministério Público Federal
MPPA	Ministério Público do Pará
MRS	Movimento da Reforma Sanitária
MUNIC	Pesquisa de Informações Básicas Municipais
OI	Orçamento de Investimentos das Estatais
OMC	Organização Mundial do Comércio
OS	Organização Social
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

OSS	Organização Social de Saúde
PA	Pará
PAS	Programação Anual de Saúde
PASEP	Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PDRAE	Plano Diretor da Reforma do Estado
PES	Plano Estadual de Saúde
PF	Polícia Federal
PIS	Programa de Integração Social
PPA	Plano Plurianual
PPP	Parcerias Públicos-Privadas
PSDB	Partido da Social-Democracia Brasileira
PT	Partido Dos Trabalhadores
RAG	Relatório de Gestão Anual
RJ	Rio de Janeiro
SAU	Serviço de Atendimento ao Usuário
SBSC	Sociedade Beneficente São Camilo
SECONC	Serviço Social da Construção Civil de São Paulo
SESAU	Secretaria de Estado de Saúde
SESPA	Secretaria de Estado da Saúde Do Pará
SINTRAS	Sindicato dos Trabalhadores em Saúde do Estado do Tocantins
SP	São Paulo
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Tribunal de Contas Do Estado
TCU	Tribunal de Contas da União
TJ	Tribunal de Justiça
TO	Tocantins
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFT	Universidade Federal do Tocantins
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UTI	Unidade De Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>2</b>	<b>A RELAÇÃO ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO .....</b>	<b>20</b>
<b>2.1</b>	<b>Breves apontamentos históricos sobre os conceitos de público e privado ...</b>	<b>20</b>
<b>2.2</b>	<b>A relação público-privada na formação da sociedade capitalista .....</b>	<b>23</b>
<b>2.3</b>	<b>O público e o privado no contexto de contrarreformas neoliberais .....</b>	<b>31</b>
<b>3</b>	<b>O SUS COMO MERCADORIA .....</b>	<b>39</b>
<b>3.1</b>	<b>O SUS no interior da Seguridade Social em disputa .....</b>	<b>39</b>
<b>3.2</b>	<b>O público e o privado nos projetos em disputa no SUS .....</b>	<b>52</b>
<b>3.3</b>	<b>Organizações Sociais de Saúde (OSS): os números da privatização da saúde e a resistência da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde ..</b>	<b>56</b>
<b>4</b>	<b>A LÓGICA PRIVADA NO SUS DA CAQUISTOCRACIA TOCANTINENSE .....</b>	<b>61</b>
<b>4.1</b>	<b>A progressiva privatização do SUS no Tocantins: um retrato histórico das OSS e OSCIPs na gestão da saúde pública estadual .....</b>	<b>61</b>
<b>4.2</b>	<b>A consolidação da OSS Pró-Saúde no Brasil .....</b>	<b>68</b>
<b>4.3</b>	<b>A Pró-Saúde e os anos de 2001-2012: a histórica apropriação do fundo público da saúde no Tocantins .....</b>	<b>72</b>
<b>4.4</b>	<b>A relação público-privada do Hospital Público Geral de Palmas com a Pró-Saúde .....</b>	<b>85</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>92</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>94</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Esta dissertação tem como objeto de estudo analisar a relação público-privada da saúde, tratada como mercadoria pela organização social Pró-Saúde (Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar), na gestão dos hospitais públicos do estado, especialmente, no maior hospital público do Tocantins, o Hospital Geral de Palmas, entre os anos de 2011 e 2012.

O interesse pelo tema mencionado originou-se a partir da atuação da discente como assistente social na área da política de saúde no âmbito estadual, desde 2010, e através de sua militância social e política em movimentos sociais na defesa da saúde pública, em especial compondo o Fórum Tocantinense (FTCPS) e a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde (FNCPS), desde 2014. Soma-se também, a sua inserção no Grupo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Estado, Política Social e Serviço Social – GEPOSS. A aproximação pela temática das Organizações Sociais de Saúde (OSS) se deu a partir do cotidiano acadêmico e político, mas, principalmente, pela vivência profissional, na qual observou e vivenciou a privatização da saúde no estado do Tocantins, por meio da transferência da gestão hospitalar pública para a OSS Pró-Saúde (Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar) entre os anos de 2011 e 2012. Considerados novos modelos de gestão do SUS, as OSS se caracterizam pela captura do fundo público da saúde.

A escolha do objeto desta pesquisa não foi ao acaso. A escolha por estudar as Organizações Sociais de Saúde (OSS) no Tocantins se deu por ser uma das formas de terceirização da saúde mais estruturadas e consolidadas, visto que a implantação desses modelos remete a década de 1990 e, no Tocantins, por ser um dos primeiros estados a experimentar a gestão das OSS que se ramificaram em um SUS que mal existia no estado. Além disso, a escolha por essa temática se tornou inadiável no Tocantins, visto que não existem pesquisas sobre essa questão no estado, no âmbito do Serviço Social e nem da Saúde Pública.

Com isso, a pesquisa partiu da seguinte questão: Como ocorreu a relação público-privada da saúde através de uma organização social denominada Pró-Saúde (Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar), nos hospitais estaduais com destaque na gestão do maior hospital público do Tocantins, o Hospital Geral de Palmas, entre os anos de 2011 e 2012?

Neste trabalho parte-se do pressuposto de que as OSS no Tocantins compõem as diversas relações de interesses do setor privado no SUS, especialmente no acesso ao fundo público de saúde. Considera-se que, a partir das investidas neoliberais que se materializam nas contrarreformas do Estado, a saúde, como política social, é transformada em mercadoria, ainda

que disfarçada de pública, objeto de especulação e fonte de lucros para os grandes grupos capitalistas (CISLAGHI, 2019)

Dessa forma, esta pesquisa tem como objetivo geral analisar a relação público-privada da saúde, tratada como mercadoria pela organização social Pró-Saúde (Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar), nos hospitais estaduais e na gestão do maior hospital público do Tocantins, o Hospital Geral de Palmas, entre os anos de 2011 e 2012. Como objetivos específicos, visa-se a analisar os significados do público e do privado no âmbito da política de saúde no Tocantins, no contexto da crise estrutural do capital, especificamente por meio do modelo de gestão da organização social Pró-Saúde; e caracterizar essa relação público-privada na política de saúde e os projetos em disputa no interior do SUS no Tocantins.

Em relação aos procedimentos metodológicos do estudo, preferiu-se uma pesquisa de natureza exploratória, por buscar entender as questões concretas da realidade social, bem como alcançar interpretações sobre a temática em voga ainda pouco investigada no estado do Tocantins. Dessa forma, faz-se necessário uma pesquisa documental e bibliográfica a partir de uma análise crítica sobre novos modelos de gestão, em especial as OSS, para alcançar assim os objetivos geral e específicos.

Na pesquisa bibliográfica foram utilizadas referências teóricas importantes sobre a relação público-privada na saúde no contexto da crise do capital. Somam-se também a esta pesquisa, as contribuições de teóricos no debate da disputa do fundo público da saúde a partir dos processos de contrarreformas do Estado que constituíram novos modelos privatizantes no SUS, sobretudo as Organizações Sociais de Saúde (OSS).

A pesquisa documental foi direcionada pela análise de diversos documentos, dentre eles, relatórios dos órgãos de controle interno e externo, Ministério Público Federal e Estadual do Tocantins, Tribunais de Contas da União e do Tocantins, documentos e relatórios de gestão da Pró-Saúde, termos de gerenciamento da OSS com a Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins, notícias em websites e jornais, instrumentos de gestão da saúde como o Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), Plano Estadual de Saúde (PES), Plano Anual de Saúde (PAS), além de leis, portarias, decretos e outros documentos publicados em Diário Oficial do Estado do Tocantins. Utilizou-se na pesquisa documental também do Perfil dos Estados Brasileiros - Pesquisa de Informações Básicas Municipais (MUNIC/IBGE) do ano de 2018 e dados da Auditoria Cidadã da Dívida Pública.

As contradições postas sobre o objeto de estudo necessitam ser baseados no método materialista histórico-dialético, capaz de possibilitar uma análise sobre a estrutura e a dinâmica (PAULO NETTO, 2011b) das OSS, visto que essa temática se coloca na realidade social e na

contradição do objeto de pesquisa. É preciso compreender ainda a relação público-privada, a partir da sua dinâmica e de sua estrutura, com fundamento nas determinações e condições históricas, considerando o constante processo de mudança do real.

Refletir sobre a relação público-privada através do método calcado no pensamento marxista, a partir de aproximações sucessivas, requer compreender o movimento dialético que “é coexistência de dois lados contraditórios, sua luta e a fusão numa nova categoria” (MARX, 2017, p. 108). Por isso, para Prates (2016, p. 118) também, “mais do que contribuir para o processo de análise, o método aponta elementos que nos auxiliam a intervir, exatamente as categorias fundamentais emanem da realidade”.

Dessa forma, o presente trabalho foi desenvolvido em três capítulos. No primeiro, intitulado “A relação entre o público e o privado”, buscou-se analisar os significados históricos dos conceitos do público e do privado e sua relação na formação da sociedade capitalista. Destacou-se o contexto da crise do capital no âmbito dos processos de reestruturação produtiva e de financeirização. Foram analisadas ainda as consequências da ofensiva neoliberal no Brasil e as suas repercussões nas contrarreformas do Estado e nas privatizações das políticas sociais – em especial, no SUS.

No segundo capítulo, nomeado “O SUS como mercadoria”, discutiu-se sobre a lógica de mercadoria da saúde, em contradição com o conceito de SUS público trazido pela Reforma Sanitária. Pontuou-se ainda sobre a disputa em torno do campo e do orçamento da seguridade social, bem como os projetos em disputa no SUS orientados pelo Banco Mundial e pelo Fundo Monetário Internacional. Destacou-se os documentos que explicitam a urgência na implantação de Organizações Sociais de Saúde (OSS) e outros modelos de gestão na direção da reforma do Estado de Bresser Pereira e, obviamente, na captura do fundo público da saúde.

No terceiro capítulo, intitulado “A lógica privada do SUS na caquistocracia tocantinense”, foi descrita a histórica apropriação do fundo público na saúde o Tocantins durante mais de 30 anos, por meio das Organizações Sociais de Saúde (OSS) que administraram diversas unidades hospitalares em diferentes momentos. Ainda foi caracterizada o modelo de gestão da organização social da Pró-Saúde e a relação público-privada construída entre OSS e os sujeitos políticos pitorescos e caricatas locais que abocanharam e desviaram durante anos os recursos do orçamento público da saúde no estado, sobretudo por meio do maior hospital público do estado, o Hospital Geral de Palmas.

Assim, a realização deste estudo pretende contribuir para revelar a lógica privada por traz das Organizações Sociais que, em sua maioria, se utilizam do título de entidades filantrópicas e sem fins lucrativos para adentrarem com mais tranquilidade no espaço público.

No entanto, as OSS geram anualmente altos lucros através da gestão dos serviços públicos, revelando o verdadeiro caráter por trás dessas instituições. Essa forma de gestão privatizante no SUS contribui diretamente para o desfinanciamento da saúde e na derruição dos direitos sociais. Por fim, essa dissertação busca auxiliar nos processos e em estratégias contra hegemônicos que dialoguem com a defesa do SUS pensado originalmente pelo Movimento da Reforma Sanitária.

## 2. A RELAÇÃO ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO

Analisar o objeto deste trabalho – a relação público-privada da saúde, no âmbito dos hospitais estaduais, especialmente entre o maior hospital público do Tocantins, o Hospital Geral de Palmas, e a organização social Pró-Saúde (Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar) – exige mediações necessárias para compreender os conceitos de público e privado e, conseqüentemente, a lógica da privatização do SUS.

Nesta seção, propomos analisar um dos objetivos dessa pesquisa: os significados do público e do privado no contexto da crise do capital, em específico, por meio do modelo de gestão da organização social Pró-Saúde. Na primeira subseção, será elucidada algumas das noções de público e privado que compõem uma variedade de acepções históricas e, posteriormente, como esses conceitos dialogam com a política de saúde no Brasil, no contexto de intensificação da crise mundial da década de 1970-1980, com características de uma ofensiva neoliberal.

No estudo, essas sucessivas aproximações teóricas partem de uma abordagem histórica e crítica que objetiva compreender a relação público-privada na sociedade capitalista e suas repercussões na privatização das políticas sociais, em especial no SUS.

### 2.1. Breves apontamentos históricos sobre os conceitos de público e privado

As categorias público e privado em determinados momentos históricos assumem concepções antagônicas e em outros períodos se interconectam em uma relação de dependência e de apropriação de um espaço sobre o outro.

Na perspectiva de oposição, nas sociedades antigas, sobretudo na civilização grega, se distinguia o âmbito público do privado. O espaço público consistia na dimensão da liberdade, vivenciada no âmbito da atividade política grega. Do outro lado, a casa e a família, o espaço do controle e da dominação, eram caracterizados pela dimensão privada da vida humana. Para Arendt (2007), a esfera pública e privada compõe, respectivamente, as dimensões da política (elevação da ação humana) e da família (manutenção da vida) como esferas distintas que ocupavam papéis opostos na sociedade grega.

Essa disjunção entre o público e o privado delega a liberdade e a igualdade na sociedade grega como manifestações apenas no âmbito da vida política da *polis* (espaço público), usufruído por homens considerados cidadãos, os quais eram dispensados do trabalho servil (atribuído aos escravos). Diferentemente do espaço privado da *oikos* que abrangia a família

(RAICHELIS, 2008). Notadamente, existia no mundo grego um abismo e uma separação colossal entre as esferas da vida pública e privada. Posteriormente, Arendt sinaliza que o surgimento da esfera social (sociedade) proporcionou a junção das esferas pública e privada, comprometendo essa cisão entre ambas.

Arendt se fundamenta na sociedade grega como parâmetro, a partir da qual cria bases de compreensão da organização civil pautadas na sociedade escravista. É importante destacar que a crítica que Arendt teceu sobre essa relação público-privada diz respeito à sobrevivência biológica, diferente da crítica mais profunda de Marx sobre a necessidade de manutenção da burguesia no âmbito dessa mesma relação. Alguns autores marxistas, como Sartori (2016), argumentam que parece haver carência de uma interpretação histórica em Arendt, visto que ela possui base teórica na tradição fenomenológica, o que limita as suas interpretações ao abstrato e conceitual, oposto à tradição marxista de análise a partir da realidade social.

No âmbito do direito público e privado, Bobbio (1987) explora a dicotomia entre as duas esferas, associando-as a campos distintos da sociedade em que um se aproxima da concepção de grupo, coletividade e o outro refere-se a membros, indivíduos e grupos menores. O autor defende ainda a tese de significados valorativos de oposição aos conceitos de público e privado, adensando a ideia de que se um dos conceitos é positivo, o outro necessariamente será negativo, e vice-versa.

Para esse pensador, a diferença entre os conceitos de público e privado vincula-se à ideia da *res pública*, ou “coisa do povo”, na qual o Estado deve promover o bem comum, geral e público. O autor reflete sobre a existência de uma tensão no campo dos dois conceitos, sistematizando duas concepções distintas na relação entre o público e o privado, sendo o “primado do privado sobre o público, a primeira, e a do primado do público sobre o privado, a segunda” (BOBBIO, 1987, p. 21).

Bobbio (1987) ainda pontua que essa prioridade do público sobre privado se amplia e repercute na relação da política sobre a economia, ou seja, a publicização do privado, no qual interesses privados são colocados no âmbito da coletividade, interpretados também como a intervenção estatal sobre a economia ou sobre os interesses da sociedade civil. Mas também há uma lógica inversa, a privatização do público, quando “a revanche dos interesses privados através da formação dos grandes grupos que se servem dos aparatos públicos para o alcance dos próprios objetivos” (BOBBIO, 1987, p. 27).

Segundo Aciole (2006), a esfera pública ganha outros contornos, como um espaço de opiniões, comunicação, reflexão, vontades e possibilidades de dominação. Por isso, o autor vincula a opinião pública como um conceito inerente à formação de um pensamento burguês

de dominação. Ao analisar como ponto de partida a opinião pública, ou a “vontade da maioria”, o termo revela na esfera pública significados distintos da esfera privada (*apud* HARBERMAS, 1984).

Para Aciole, o campo privado:

(...) foi associada à ideia de mercado: lugar dos produtores particulares, desprovidos da função ou da dimensão pública (estatal). Privado significa, pois, estar excluído, desprovido do aparelho de Estado. Ora, fora do aparelho do Estado está o mercado, e privado vai ganhar associação a mercado. Privado assume, deste modo, um forte vínculo com a produção e circulação de mercadorias e serviços, como o espaço em que operam produtores e consumidores, individuais e/ou coletivos, atuando em seus interesses mais imediatos e diretos (ACIOLE, 2006, p. 12 e 13)

No campo público, a opinião pública vincula-se ao que é estatal regulando assim a vida coletiva. Aciole descreve que o:

Público se refere ao Estado formado, cujas funções ampliadas e diversificadas requerem a utilização de uma força-tarefa específica, legisladores e técnicos investidos de um papel que os torna servidores públicos. Assim denominamos porque, enquanto servidores do estado, ocupam uma função pública, suas atividades são públicas, e também são chamados de públicos os prédios e estabelecimentos da autoridade. Do outro lado, há pessoas privadas, cargos privados, negócios privados e casas privadas – o verdadeiro cerne do mercado (ACIOLE, 2006, p. 12 e 13)

Essa forte tendência de cisão entre as duas esferas cria também no senso comum uma associação em que o público é relacionado com as posições ocupadas no Estado e nos cargos públicos, enquanto a esfera privada é vinculada aos que não possuem tais cargos. Na literatura, diversos autores explicam os conceitos de público e privado remetendo-os a significados opostos, quando referenciados ao senso comum. Aciole (2006) expressa que o público se aproxima do conceito de espaço aberto, coletivo e acessível a todos/as. Em contraposição, o autor destaca que o privado está interligado ao espaço particular, individual e restrito. A partir desses significados, é clássico relacionar o público ao estatal, e o privado à iniciativa privada.

Frequentemente, associamos o público em expressões como “espaço público” ou “política pública” ao que é coletivo, de todos/as, de acesso universal. O conceito se concretiza no uso de algo que é gratuito e de direito. Na diversidade de significados que carregam o conceito de público, para Aciole (2006), pode ainda significar o coletivo de espectadores, o caráter e a fama em relação ao renome público ou acontecimento em relação a recepção pública.

O ‘público’ é compreendido como espaço da coletividade e de pertencimento grupal. Contudo, segundo Aciole, essa expressão carrega consigo também o aspecto da “singularidade particular”. O conceito de ‘público’ e ‘privado’ também é expresso na manifestação da opinião

pública, refletida pelo autor como “um modo de manifestação da vontade coletiva e ao exercício de uma opinião crítica constituída por um público pensante de sujeitos privados, que recebe grande mediação pela mídia e pela publicidade”. (ACIOLE, 2006, p. 11).

No cerne da ascensão da sociedade capitalista, essa opinião pública quando não é mais produzida pela coletividade e pela crítica, passando pela mediação da mídia e moldada em detrimento dos interesses de um pensamento predominante, de dominação e exploração, aproxima-se do conceito de hegemonia política formulado por Gramsci. No entanto, Aciole chama a atenção para o fato de que é fundamental ir além dessa dicotomia de significados entre público e privado e compreender as relações políticas, econômicas e sociais entre ambos os conceitos, especialmente na sociedade capitalista em que vivemos.

O que podemos analisar é que essa dicotomia histórica entre o público e o privado ultrapassa as barreiras da cisão e ganha novas características na formação da sociedade capitalista com traços de apropriação do espaço privado sobre o público.

A seguir, pretendemos explorar o contexto atual de crise do capitalismo que modifica ainda mais essa relação público-privada, na medida em que passa a se estabelecer no interior da disputa de um projeto societário que se assenta na correlação de forças das classes sociais e, por sua vez, altera a dinâmica das políticas sociais. Nesse contexto, discutiremos como é incorporado o consenso da necessidade de privatização das políticas sociais, em virtude de uma suposta superioridade no campo gerencial do setor privado sobre o setor público associada à busca por superlucros do capital através da captura do fundo público.

## **2.2. A relação público-privada na formação da sociedade capitalista**

É importante elucidar que a relação público-privada se molda no contexto sócio-histórico e ganha novos traços com a formação da sociedade burguesa no final do século XVIII. Para a teoria marxista, o entendimento da relação público-privada, não se fundamenta exclusivamente na compreensão restrita dos seus significados. É necessário entender a dinâmica e a estrutura dessa relação público-privada a partir de sucessivas aproximações teóricas sobre os processos históricos e a realidade concreta.

Em sua vasta obra, Marx não se ateve especificamente ao estudo dos conceitos e da relação público-privada. Porém, em seus textos ele expôs o seu método de análise capaz de compreender a realidade social que nos fornece elementos para desvelar essa relação público-privada. Tais conceitos devem ser analisados a partir de suas determinações e condições históricas considerando o constante processo de mudança do real.

A reflexão sobre os conceitos de público e privado através do pensamento marxista requer a compreensão das relações sociais e o modo de produção capitalista que necessariamente se pauta na exploração da classe trabalhadora. Essas aproximações aos conceitos e a relação público-privada pode ser referenciado em diversos momentos na obra de Marx (2010), mais especialmente no estudo sobre a relação entre o Estado e os interesses particulares, da vida privada, da sociedade civil.

Do ponto de vista político, Estado e organização da sociedade não são duas coisas distintas. O Estado é a organização da sociedade. Na medida que o Estado admite a existência de anomalias sociais, ele procura situá-las no âmbito das leis ou da natureza, que não recebem ordens do governo humano, ou no âmbito da vida privada, que é independente dele, ou ainda no âmbito da impropriedade da administração, que é dependente dele (...). **Ele está baseado na contradição entre a vida pública e a vida privada, na contradição entre os interesses gerais e os interesses particulares** (MARX, 2010, p. 38 e 39, grifos nossos).

No contexto dessa relação público-privado, Marx tece considerações sobre o papel e as contradições existentes entre o Estado e a sociedade civil, além de trazer à tona críticas contundentes sobre a função do Estado na manutenção dos interesses privados. Nessa contradição, entende-se que o Estado não se coloca em uma posição de resolver as questões referentes à vida privada ou à vida pública, pois a solução passa necessariamente pela eliminação da propriedade privada e pela supressão do próprio Estado. Assim, a contradição do Estado está na suposta defesa dos interesses coletivos ao mesmo tempo em que se empenha na manutenção do modo de produção capitalista baseado na propriedade privada.

A manutenção da propriedade privada sempre foi vital nessa relação público-privada. Para Marx (2013, p. 831), a propriedade privada capitalista nasce da exploração do trabalho alheio, a partir da “propriedade privada constituída por meio do trabalho próprio, fundada, por assim dizer, na fusão do indivíduo trabalhador isolado, independente, com suas condições de trabalho”. Ele pontua que a propriedade privada, antes pertencente a pessoas privadas, ganha um novo caráter de expropriação e de acumulação do capital, ao passo que se transforma “a propriedade nanica de muitos em propriedade gigantesca de poucos” (MARX, 2013, p. 831).

A acumulação primitiva reconfigura os conceitos de público e privado no âmbito da expropriação do trabalho, dos meios de produção e da sua própria existência. Marx (2013, p. 787) pontuou que esse processo de formação da sociedade capitalista partiu do pressuposto de que “grandes massas humanas são despojadas súbita e violentamente de seus meios de subsistência e lançadas no mercado de trabalho como proletários absolutamente livres”. Um contexto de violência e roubo cercam a formação do capitalismo em que o conceito de privado

ganha um novo sentido, em uma relação que de um lado se situam os possuidores dos meios de produção, de subsistência e do dinheiro, e do outro lado, os vendedores da força de trabalho.

A partir dessa fase de acumulação primitiva do capital, o conceito de espaço privado ganha novos contornos e, por conseguinte, a relação público-privada também se altera. A propriedade privada pautada no próprio trabalho do indivíduo é destruída, dando lugar a uma concepção de exploração situada no modo de produção capitalista.

Também nesse contexto de acumulação primitiva do capital, Marx aprofunda a tese de que a propriedade privada capitalista é a primeira negação da propriedade privada baseada no trabalho individual. Para ele, essa fase inicial de acumulação e de transformação da propriedade privada capitalista ainda não se caracteriza como a fase mais avançada do capitalismo, uma vez que se desenvolve conforme o grau de desenvolvimento das forças produtivas e, conseqüentemente, da divisão do trabalho.

Com o avanço dessas forças produtivas e da divisão do trabalho, fica mais evidente o estabelecimento da sociedade capitalista e a sua relação no contexto público e privado. Assim, também se estabelece novas formas de opressão, e conseqüentemente novas classes sociais que são identificadas como burguesia e proletariado (MARX; ENGELS, 2010).

Por burguesia compreende-se a classe dos capitalistas modernos, proprietários dos meios de produção social, que empregam o trabalho assalariado. Por proletariado, a classe dos assalariados modernos que, não tendo meios próprios de produção, são obrigados a vender sua força de trabalho para sobreviver (MARX; ENGELS, 2010, p. 40).

Na relação burguesia e proletariado, fica compreensível o papel do Estado que surge no cerne dessa divisão social do trabalho. O Estado cumpre o papel de mantenedor das contradições entre essas classes sociais e de garantidor da propriedade privada em nome do “bem público”, ao passo que se legitima a acumulação de riquezas sobre a exploração da classe trabalhadora.

Observa-se a existência de uma relação de valorização do âmbito privado em detrimento do público, na medida em que o Estado moderno (burguês e capitalista) se torna dependente da riqueza apropriada pela burguesia e, conseqüentemente, se torna responsável por garantir os interesses privados dessa classe. É fundamental ressaltar que o Estado moderno se torna figura decisiva nessa relação público-privada pois sobre si recai a responsabilidade do funcionamento da sociedade capitalista.

No percurso de formação da sociedade capitalista, com a transição das fases concorrencial para a monopolista, é possível verificar uma maior concentração de riquezas,

além de profundas mudanças que alteram a dinâmica da sociedade burguesa e aprofundam as contradições e antagonismos já existentes.

Para Paulo Netto (2011a), é na fase do capitalismo monopolista que se introduz características importantes para que se mantenha a acumulação e a centralização dos monopólios, como o aumento do preço das mercadorias, da taxa de lucros e da acumulação, bem como o investimento nos setores de maior concorrência, a redução do trabalho “vivo” e o aumento de novas tecnologias (trabalho “morto”). O surgimento desses monopólios e a necessidade de garantir superlucros reconfigura as funções do Estado, que passa a intervir na dinâmica econômica e assim, “ultrapassa a fronteira de garantidor da propriedade privada dos meios de produção burgueses” (PAULO NETTO, 2011a, p. 24 e 25).

Essas novas características do Estado também redefinem os espaços e a perspectiva pública e privada. Paulo Netto (2011a) ressalta que essa relação público-privada se altera conforme as necessidades postas pelo capital em momentos distintos, e repercutem em respostas à questão social<sup>1</sup>. Para o autor:

Está claro que as estratégias (de classes) implementadas pelo Estado burguês no capitalismo monopolista envolvem diferencialmente as perspectivas “pública” e “privada” do enfrentamento das sequelas da “questão social”. Tudo indica que parece correto afirmar que se verifica uma visível dominância da perspectiva “pública” quando se trata de refrações da “questão social” tornadas flagrantemente massivas e especialmente em conjunturas nas quais se constata uma curva ascendente do desenvolvimento econômico; a proeminência da perspectiva “privada” parece dar-se sobretudo em momentos imediatamente anteriores e posteriores à emergência de conjunturas críticas (PAULO NETTO, 2011a, p. 37)

Nessa mesma perspectiva, Bonfim (2010) acrescenta ainda que apesar do Estado burguês assumir o papel de intervenção nas expressões da questão social em conjunto com o âmbito privado<sup>2</sup>, o que prevalece na dinâmica da sociedade capitalista “é a fusão cada vez maior entre o público e o privado” e que essa fusão “sugere alternativas que ‘privilegiam’ a ‘perspectiva privada’ na garantia dos ‘mínimos sociais’, enfatizando e publicizando assim a ideia de que esta é a ‘única’ alternativa viável na conjuntura atual” (BONFIM, 2010, p. 274).

---

<sup>1</sup> Compreende-se como questão social, as manifestações sociais originadas nas relações de exploração do trabalho pelo capital, fenômeno necessário ao capitalismo, que têm sua gênese ligada ao pauperismo. “A análise marxiana da “lei geral da acumulação capitalista” (...) revela a anatomia da “questão social”, sua complexidade, seu caráter corolário (necessário) do desenvolvimento capitalista em todos os seus estágios. O desenvolvimento capitalista produz, compulsoriamente, a ‘questão social’ – diferentes estágios capitalistas produzem diferentes manifestações da ‘questão social’; esta não é uma seqüela adjetiva ou transitória do regime do capital: sua existência e suas manifestações são indissociáveis da dinâmica específica do capital tornado potência social dominante” (PAULO NETTO, 2011a, p. 157).

<sup>2</sup> Bonfim (2010) refere-se ao esforço próprio de cada indivíduo mas também à intervenção de instituições da sociedade civil vinculadas ao voluntariado.

Nessa relação de dependência constituída entre o público e o privado, o Estado moderno surge juntamente com a hegemonia do sistema capitalista e alcança novas características que devem assegurar a continuidade da produção capitalista, que Mészáros (2011) denomina como a necessária ação corretiva. O Estado cumpre a necessidade de complementar o sistema capitalista quando houver defeitos estruturais, ajustando as funcionalidades do modo de produção capitalista.

Observa-se aqui que não há exclusão da perspectiva pública ou privada, mas uma função complementar entre ambas. Essa relação público-privada se molda às necessidades e ao processo de constituição da sociedade capitalista, em que se estabelece uma complexa conexão, compreendida por meio do caráter público da questão social que necessariamente se conecta à lógica privada do capitalismo monopolista que legitima a ordem burguesa (PAULO NETTO, 2011a).

No âmbito das expressões da questão social, as perspectivas e a relação público-privada são confrontadas diretamente com o processo de organização da classe trabalhadora e o anseio de manutenção do poder da burguesia que se sustenta na função de mantenedor do Estado. Entre a mobilização da classe trabalhadora e as ameaças à ordem burguesa, o Estado precisa dar respostas às expressões da questão social.

Esses interesses antagônicos conformam as políticas sociais que representam respostas, fragmentadas e setorializadas, às expressões da questão social no capitalismo, conjugando a mediação necessária na acumulação de riquezas que se fundamenta na contradição capital e trabalho (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Para Behring e Boschetti (2011), a política social deve ser compreendida e analisada em sua múltipla causalidade configurada pelas dimensões histórica, econômica, política e cultural<sup>3</sup>. Considerando a sua gênese no terreno das expressões da questão social (histórico), a sua relação com a dinâmica econômica e com as condições de produção e reprodução da classe trabalhadora (econômico), na função do Estado, no reconhecimento dos interesses das classes sociais, dos valores e da direção dos projetos societários (político-cultural). É importante considerar ainda que:

A análise das políticas sociais sob o enfoque dialético precisa considerar alguns elementos essenciais para explicar seu surgimento e desenvolvimento. O primeiro é a

---

<sup>3</sup> Behring e Boschetti (2011) alertam para a existência de diversas interpretações e compreensões incorretas sobre as políticas sociais, ao tratá-las como: 1) políticas redistributivas que solucionam as desigualdades sociais, não considerando a estrutura do capitalismo e a produção e reprodução social; 2) políticas como resultado exclusivo da luta da classe trabalhadora, numa conjunção de controle social e conquistas dos movimentos sociais; 3) políticas como expressão de cidadania e; 4) políticas como resultado da atuação do Estado.

natureza do capitalismo, seu grau de desenvolvimento e as estratégias de acumulação prevaletentes. O segundo é o papel do Estado na regulamentação e implementação das políticas sociais, e o terceiro é o papel das classes sociais. Nessa direção, não se pode explicar a gênese e desenvolvimento das políticas sociais sem compreender sua articulação com a política econômica e a luta de classes (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 44)

Após a crise de 1929, ampliou-se o número de instituições e ações com caráter de intervenção estatal. No entanto, a expansão das políticas sociais se deu apenas no pós-segunda guerra mundial em conjunto com as novas configurações da relação público-privada.

Para Behring (2015), após os anos de 1929, a intervenção do Estado por meio das políticas sociais viabilizou a redução dos períodos de crise do capital até os anos de 1960. Nesse contexto, o pacto keynesiano-fordista possibilitou a excessiva produção e circulação para o consumo em massa de mercadorias, pactos com os trabalhadores para o incentivo à produtividade, a regulação das relações de trabalho, bem como uma ampliação no campo dos direitos sociais – seguindo o modelo de estado de bem-estar social (*welfare state*). Todas essas características eram pautadas no acordo entre capital e trabalho e na retomada do crescimento em momentos de crise.

Esse padrão de acumulação na fase do capitalismo maduro, pós-segunda guerra mundial, irrompeu em uma crise sistêmica. Essa crise trouxe repercussões para a vida social. Todavia, é inequívoco que essa conjuntura de crise é intrínseca a todas as fases do capitalismo. A crise provocada também pela tendência de supercapitalização<sup>4</sup> (MANDEL, 1982), transformou os serviços em mercadorias com finalidade de buscar outros serviços de valorização do capital.

Esse cenário de crise evidenciou a impossibilidade do modelo keynesiano-fordista de gerir as contradições do capital. No final dos anos de 1960, se esgota a fase de expansão do capitalismo tardio durante os longos ciclos de aceleração e desaceleração do patamar de acumulação do capital, conhecido na concepção mandeliana por “ondas longas com tonalidade de crescimento e as ondas longas com tonalidade depressiva” (BEHRING, 2015. p. 176).

A crise do modelo keynesiano-fordista adensou uma nova reação da burguesia por superlucros em uma forte ofensiva do capital. Nesse contexto de desenvolvimento desigual e combinado entre os países, aprofundaram-se as contradições da sociedade burguesa com

---

<sup>4</sup> Para Mandel, “uma tendência resultante da concorrência, e, portanto, também a tendência à restrição da expansão do mercado interno levaram então a uma supercapitalização geral, a uma exportação crescente de capital e a um interesse capitalista cada vez maior não apenas em expedições militares periódicas para assegurar a livre exportação de mercadorias, mas em ocupação e controle militares permanentes para garantir novos campos de investimento para as exportações de capital. (MANDEL, 1982, p.220)

ampliação da intervenção do Estado sobre os processos econômicos. Dentre as funções do Estado, no capitalismo tardio foi necessário assegurar as condições gerais de produção, subsidiando financeiramente os setores produtivos e reprodutivos do capital, sobretudo no custeio dos setores de infraestrutura. A reestruturação produtiva marcada por uma nova relação capital e trabalho incide na desregulamentação, flexibilização e precarização das relações do trabalho e dos direitos sociais (ANTUNES, 2009), principalmente nos processos de privatização e no repasse do fundo público para o grande capital. Essas transformações no mundo do trabalho trouxeram implicações diretas para as políticas sociais com a terceirização dos serviços e para as condições de trabalho, como a intensificação na expansão do trabalho parcial, temporário, subcontratado e terceirizado, com consequências para a expansão do desemprego estrutural. Dessa forma, “o Estado funciona, portanto, como um esteio do capital privado” sendo “utilizado como “arma de interesses da classe dos capitalistas” (MANDEL, 1982, p. 339 e 347).

A relação público-privada se transforma de acordo com o processo histórico da realidade e ganha contornos de sincronia e de extrema dependência entre as duas esferas. Em nome de um suposto interesse público, o Estado cria tendências de mundialização e articulação entre territórios, se reconfigurando no consenso de “Estado forte e enxuto”.

Para Chesnais (1996), a mundialização do capital não se restringe apenas a uma etapa do capitalismo, mas a uma nova configuração assumida pelo capital mundial. Uma fase específica da internacionalização do capital que se expressa como resultado de dois fatores: a longa fase de acumulação ininterrupta do capital (a partir de 1914) e as políticas de liberalização, privatização, desregulamentação e desmantelamento das conquistas sociais (a partir de 1980). O processo de mundialização do capital repercute diretamente na tendência de privatizações das políticas sociais por meio da expropriação do fundo público para alcançar a rentabilidade financeira.

Nessa nova fase de mundialização do capital, a expansão da esfera financeira representa a arena de valorização do capital, na qual é possível gerar lucros como em outro setor. Nessa esfera, os capitais se alimentam do investimento e da força de trabalho já criada por outros setores. Para Chesnais (1996, p. 246), o capital financeiro nada cria, porém nutre-se dos juros, salários, rendimentos e dos fundos privados de aposentadoria, pensões, fundos mútuos. O capital financeiro é “a forma mais alienada, mais fetichizada da relação capitalista”.

As contribuições de Iamamoto (2015) adensam o debate ao pontuar que o capital financeiro passa a regular os processos de acumulação a partir de grandes grupos industriais com apoio das empresas financeiras que operam o capital rentista. Ela ressalta que:

O capital financeiro assume o comando do processo de acumulação e, mediante inéditos processos sociais, envolve a economia e a sociedade, a política e a cultura, vincando profundamente as formas de sociabilidade e o jogo de forças sociais (...) a mundialização financeira sob suas distintas vias de efetivação unifica, dentro de um mesmo movimento, processos que vêm sendo tratados pelos intelectuais *como se fossem isolados ou autônomos*: a "reforma" do Estado, tida como específica da arena política; a reestruturação produtiva, referente às atividades econômicas empresariais e à esfera do trabalho; a questão social, reduzida aos chamados processos de exclusão e integração social, geralmente circunscrita a dilemas da eficácia da gestão social; à ideologia neoliberal e concepções pós-modernas, atinentes à esfera da cultura (IAMAMOTO, 2015, p. 107 e 114)

Após os anos de 1970, o capital financeiro se caracteriza pelo retorno do capital portador de juros das suas bases de 1929, agora não mais como atividade secundária restrita ao financiamento da produção, mas como atividade principal em relação à produção e à comercialização. O capital portador de juros se funde ao capital produtivo, se reconfigurando como atividade financeira em todos os setores, mais fetichizada (dinheiro que gera dinheiro, sem passar pela produção) e com caráter fictício.

Nesse contexto, o capital financeiro assume características de “uma nova era de devastação, uma espécie de fase ainda mais destrutiva da barbárie neoliberal e financista que almeja a completa corrosão dos direitos do trabalho em escala global” (ANTUNES, 2018, p. 10).

Nesse estágio de avanço do capital financeiro, observa-se um desenho de ampliação da esfera privada em detrimento da pública que se configura com as privatizações das políticas sociais, componente de um projeto societário de traços neoliberais que disputa o fundo público favorecendo, assim, a acumulação do capital.

### 2.3. O público e o privado no contexto de contrarreformas neoliberais

As profundas transformações nos países capitalistas durante o século XX no contexto da crise do capital repercutiram na consolidação de uma ofensiva neoliberal entre os anos de 1970-1980. Para manter as suas taxas de lucro, o Estado reorientou os sistemas de proteção social, com destaque para a privatização das políticas sociais, fato que repercutiu nas condições de vida e de trabalho da classe trabalhadora.

A crise de 1970, marcada por uma forte reação da burguesia na tentativa de recuperar o seu padrão de acumulação, alterou as funções do Estado, já citado anteriormente, através da reestruturação produtiva, da financeirização do capital e pelo caráter neoliberal. As características dessa crise atual do capital, em diversos momentos, são amplamente defendidas pela burguesia como uma crise causada pela forte intervenção do Estado na dinâmica econômica e nos gastos sociais.

No entanto, a teoria marxista aponta que não há uma crise de Estado, mas sim uma crise estrutural do capital composta por um caráter destrutivo, de barbárie e de esgotamento do padrão civilizatório, que “põe em questão a própria existência do complexo global envolvido” (MÉSZÁROS, 2011, p. 797). A crise estrutural do capital é diferente das crises cíclicas que apresentam fatores de explosão e não representam um risco à manutenção da estrutura do capital. No entanto, o fenômeno das crises cíclicas pode ser compreendido como a solução encontrada para superar os ciclos de crise do capital, o que não altera a estrutura do próprio capital. Ainda, Mészáros ressalta que:

A crise do capital que experimentamos hoje é fundamentalmente uma crise estrutural. Assim, não há nada especial em associar-se o capital à crise. Pelo contrário, crises de intensidade e duração variadas são o modo natural de existência do capital: são maneiras de progredir para além de suas barreiras imediatas e, desse modo, estender com dinamismo cruel sua esfera de operação e dominação (MÉSZÁROS, 2011, p. 795).

A atual crise do capital estabeleceu um novo padrão de acumulação com suas bases no neoliberalismo. A atuação do Estado burguês absorveu uma tendência, na economia e na política, de pulverização e defesa das “reformas” estruturais como alternativas que contribuíssem com a redução dos gastos públicos nas políticas sociais, ao mesmo tempo que, fornecessem subsídio ao setor privado por meio de privatizações, seguindo a lógica das políticas adotadas pelos organismos bancários internacionais, Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial.

Para o Estado, a implantação das reformas se torna urgente pois as ideias neoliberais<sup>5</sup> argumentam que a causa da crise de 1970 está no papel excessivo de intervenção do Estado e no volume de recursos aplicados nos gastos públicos e sociais. Para os neoliberais era necessário “um Estado forte, sim, em sua capacidade de romper o poder dos sindicatos e no controle do dinheiro, mas parco em todos os gastos sociais e nas intervenções econômicas” (ANDERSON, 1995, p. 11). Burginski também destaca que:

Para controlar a crise, o receituário neoliberal era bem claro: redução dos gastos sociais e das intervenções do Estado direcionados às políticas sociais, incremento de um exército de reserva de trabalhadores para enfraquecer os sindicatos. E não menos importante, imprimir as “reformas” fiscais com objetivo de incentivar os agentes econômicos, diminuindo os impostos das populações com rendimentos mais altos (BURGINSKI, 2016, p. 163).

Nesse contexto de neoliberalismo, Dardot e Laval (2016) pontuam que na relação público-privada não pode haver interferência sobre o campo privado (no jogo da concorrência), porém a função do Estado deve corrigir ou compensar suas ações para desenvolver o mercado na concorrência. É preciso ir além dessa interpretação sobre o neoliberalismo, pois o conceito não pode ser reduzido à implantação das políticas neoliberais com a destruição dos direitos e das políticas sociais. É importante considerar o neoliberalismo também como a nova “razão do capitalismo contemporâneo”, que transforma profundamente os sujeitos como se fossem empresas em competição. Para Dardot e Laval:

Ele também produz certos tipos de relações sociais, certas maneiras de viver, certas subjetividades. Em outras palavras, com o neoliberalismo, o que está em jogo é nada mais nada menos que a forma de nossa existência, isto é, a forma como somos levados a nos comportar, a nos relacionar com os outros e com nós mesmos. O neoliberalismo define certa norma de vida nas sociedades ocidentais e, para além dela, em todas as sociedades que as seguem no caminho da “modernidade”. Essa norma impõe a cada um de nós que vivamos num universo de competição generalizada, intima os assalariados e as populações a entrar em luta econômica uns contra os outros, ordena as relações sociais segundo o modelo do mercado, obriga a justificar desigualdades cada vez mais profundas, muda até o indivíduo, que é instado a conceber a si mesmo e a comportar-se como uma empresa (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 12).

Os efeitos do neoliberalismo sobre a nossa subjetividade, sobre os corpos humanos condenados a morrer, simbolizam a crueldade do capitalismo que nos explora e nos mata todos os dias, semeando no cotidiano o fortalecimento da ideia do “cuidar de si mesmo” em oposição

---

<sup>5</sup> Existem diferenças entre o neoliberalismo e o liberalismo clássico. Para Dardot e Laval (2016, p. 58) “por mais discreta que seja na aparência, traduz uma oposição que não foi percebida de imediato, às vezes nem mesmo pelos atores dessas formas de renovação da arte do governo”

à solidariedade coletiva, pautando a conduta dos indivíduos no ambiente das relações de mercado.

Assim, em consonância com a lógica neoliberal, a crise contemporânea adensou os efeitos deletérios sobre o âmbito social, uma vez que a acumulação gerou uma financeirização do capital que se, por um lado, concentrou renda e patrimônio, por outro, intensificou o empobrecimento massivo da população impondo o “tacão de ferro” de ataques aos direitos da classe trabalhadora.

No contexto neoliberal, as novas formas de acumulação capitalista por meio da lógica das finanças estenderam a extração de mais-valia para o âmbito da vida social e do cotidiano dos trabalhadores e utilizaram as políticas sociais para a geração de valor para o capital. No entanto, foi necessária a viabilização dessas políticas sociais para o âmbito dos serviços privados. Essa nova formatação das políticas sociais no âmbito da financeirização, em uma lógica de integração da relação público-privada, toma como ponto de partida a imprescindível contrarreforma do Estado.

A exigência de uma análise mais profunda sobre a contrarreforma do Estado se faz necessária para não cair na perspectiva burguesa de medidas de ajuste e de reformas. Cabe, então, diferenciar os termos “reforma” e contrarreforma nesse contexto de ajuste neoliberal. O termo “reforma” tem suas bases na luta da classe trabalhadora, porém, no Brasil, foi apropriado indevidamente pela burguesia que utilizou a palavra sob a ótica restrita do ajuste fiscal, da recuperação da capacidade da governabilidade administrativa e financeira e compõe o Plano Diretor da Reforma do Estado, formulado por Bresser Pereira. Por isso, costuma-se associar as reformas, a ausência de gestão do Estado e a falácia de uma crise que justifica a necessidade de um ajuste fiscal sobre os gastos públicos, quando na verdade canaliza os recursos públicos para beneficiar os interesses do grande capital. Paulo Netto e Braz afirmam que:

[...] O Estado foi demonizado pelos neoliberais e apresentado como um trambolho anacrônico que deveria ser reformado e, pela primeira vez na história do capitalismo, a palavra reforma perdeu o seu sentido tradicional de conjuntos de mudanças para ampliar direitos, a partir dos anos oitenta do século XX, sob o rótulo de reforma(s) o que vem sendo conduzido pelo grande capital é um gigantesco processo de contrarreforma(s) destinado à supressão ou redução de direito e garantias sociais (PAULO NETTO; BRAZ, 2006, p. 227).

É importante considerar que, ao longo das conformações políticas, sociais e históricas, a contrarreforma do Estado agudiza a relação público-privada, com fortes tensões, no sentido de demonizar o Estado no seu papel de produtor e executor das políticas sociais.

Behring tece a crítica sobre a utilização do termo “reforma” do Estado, e afirma que o que está em curso é uma contrarreforma pois:

A “reforma” do Estado, tal como está sendo conduzida, é a versão brasileira de uma estratégia de inserção passiva (...) e a qualquer custo na dinâmica internacional e representa um escolha político-econômica, não um caminho natural diante dos imperativos econômicos. [...] que, a meu ver, não permite caracterizar o processo em curso como modernização conservadora, mas como uma contra-reforma, que mantém a condução conservadora e moderniza apenas pela ponta (BEHRING, 2008a, p. 198)

Pautado no ajuste neoliberal, a contrarreforma do Estado sistematiza um processo econômico, fiscal e político, de característica “conservadora e regressiva, diferente do que postularam os que a projetaram entre as paredes dos gabinetes tecnocráticos e inspirados nas orientações das agências multilaterais” (BEHRING, 2008a, p. 171). As contrarreformas atravessadas pelo projeto neoliberal compõem a perda de direitos da classe trabalhadora, referenciadas em políticas estruturadas pelos organismos internacionais como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional, ditam a ordem do dia no campo das políticas sociais.

Seguindo a orientação econômica e financeira dos mercados e dos organismos bancários internacionais, as contrarreformas tentam camuflar a superexploração dos trabalhadores no discurso de ações que visem o interesse coletivo e o controle da crise. Assim, Granemann aponta que:

As contrarreformas, na sua essencialidade, são necessidades urgentes dos capitais, muito embora não possam ser assim apresentadas. Por esta razão, no plano tático, as contrarreformas são propagandeadas aos trabalhadores e às trabalhadoras como medidas duras, mas que objetivam resolver problemas decorrentes de privilégios de uns trabalhadores sobre os outros trabalhadores. A tentativa de fragmentação dos interesses da classe trabalhadora pelos capitais e seus governantes os leva a uma pedagogia que, no plano da construção das referências simbólicas, culturais e políticas dos trabalhadores, procura convencê-los a aderirem a programas políticos contrários e colidentes com seus próprios interesses (GRANEMANN, 2016, p. 680).

No Brasil, o Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRAE)<sup>6</sup>, de Bresser Pereira, definiu objetivos e diretrizes para a “reforma” do Estado aspirada pelos neoliberais. O documento teceu críticas ao modelo de desenvolvimento adotado por governos anteriores no país que, segundo a ideologia burguesa, provocaram o agravamento da crise fiscal, atingindo a população mais pauperizada e a degradação dos serviços públicos. O PDRAE estabelecia bases de uma proposta vinculada aos interesses da burguesia em consonância com o seu desejo de acumulação. Para

---

<sup>6</sup> O Plano Diretor da Reforma do Estado foi formulado pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado-MARE sob o comando do então ministro Luiz Carlos Bresser Pereira durante o governo do presidente Fernando Henrique Cardoso-FHC em 1995.

isso, o plano trouxe no campo gerencial, propostas de modernização, eficiência, produtividade e qualidade, da administração pública (BRASIL, 1995a).

No documento do PDRAE, é nítida a real intenção da proposta de cunho neoliberal, argumentando que a correção de distorções e ineficiência no Estado passa necessariamente pela transferência das atividades públicas para o setor privado sob o controle do mercado, além da descentralização da execução dos serviços públicos para o setor público não-estatal e, ainda definindo esse processo com “publicização”, também conhecida como a desresponsabilização do Estado. É evidente que esses processos gerenciais e de publicização sistematizam a abertura de mais espaço para o capital em uma ofensiva de retomada de lucros e do seu poder de dominação a partir da reorientação dos gastos sociais (CISLAGHI, 2015). Essa ideia do gerencialismo na administração pública surge como uma das principais características das contrarreformas no Brasil e se materializa como “método eficaz para o acesso das instituições públicas no caminho do progresso” (REIS, 2019. p. 81).

Na perspectiva neoliberal, esse caráter gerencial dialoga com as características de um Estado empreendedor que estimula parcerias do setor público com o privado, em busca da gestão horizontal, eficiência, eficácia, redução de custos e desempenho, narrativas e técnicas da administração utilizadas pelo setor privado. No entanto, o que o Estado gerencial espera com esses processos, ao fim e ao cabo, é a flexibilização e desregulamentação das relações de trabalho (REIS, 2019).

Com isso, se fortalece a dicotomia criada em torno de um imaginário que prega que o setor público é burocrático e ineficiente, enquanto o setor privado é flexível e eficiente. Dicotomia que é ressaltado do PDRAE:

A administração pública gerencial constitui um avanço e até um certo ponto um rompimento com a administração pública burocrática. Isto não significa, entretanto, que negue todos os seus princípios. Pelo contrário, a administração pública gerencial está apoiada na anterior, da qual conserva, embora flexibilizando, alguns dos seus princípios fundamentais, como a admissão segundo rígidos critérios de mérito, a existência de um sistema estruturado e universal de remuneração, as carreiras, a avaliação constante de desempenho, o treinamento sistemático (BRASIL, 1995a, p. 16).

As contrarreformas neoliberais do Estado assumem elementos basilares da “cultura da crise” (MOTA, 2015) que construiu uma hegemonia em torno do debate da ineficiência do Estado para gerir os serviços sociais públicos e a da necessária transferência desses serviços para o setor privado, capaz de dar resolubilidade a execução dos gastos sociais. Nesse momento, as instituições sem fins lucrativos são posicionadas como agentes privilegiados e capazes para

assumir essas funções. Na “reforma” do Estado, o PDRAE utilizou essa lógica gerencial para acelerar os processos de interação entre o setor público e o privado, propondo a flexibilização e a transferência a gestão de serviços públicos para Organizações Sociais (OS) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP).

Na reforma do Estado, vale destacar o papel do PDRAE que é a definição de serviços não exclusivos que facilitam a entrada de OS na saúde. A partir das medidas do plano de Bresser Pereira, fica definido que o Estado pode atuar conjuntamente com outras organizações públicas não-estatais e privadas. O documento aponta a possibilidade de OS administrar hospitais públicos, visto que:

As instituições desse setor não possuem o poder de Estado. Este, entretanto, está presente porque os serviços envolvem direitos humanos fundamentais, como os da educação e da saúde, ou porque possuem “economias externas” relevantes, na medida que produzem ganhos que não podem ser apropriados por esses serviços através do mercado. As economias produzidas imediatamente se espalham para o resto da sociedade, não podendo ser transformadas em lucros. São exemplos deste setor: as universidades, os hospitais, os centros de pesquisa e os museus (BRASIL, 1995a, p. 41)

As contrarreformas no Brasil se expandem por todos os estados e, no Tocantins, coincidem com sua criação. Ao considerar que o surgimento do Tocantins se articula ao período de avanço do neoliberalismo no Brasil, tem-se um estado com características de um desenvolvimento capitalista desigual e combinado, com traços regionais de um caldo cultural personalista, clientelista e patrimonialista. Sabidamente, o estado do Tocantins foi emancipado a partir do norte de Goiás, no seio das disputas geopolíticas pela exploração desse território situado na fronteira agrícola ainda inexplorável nas décadas de 1980 e 1990.

A criação do Estado do Tocantins, no seio da implementação do projeto neoliberal, constitui um celeiro de articulações com o projeto de “crescimento econômico” brasileiro de contrarreformas subsidiadas no projeto neoliberal que aparentam um neodesenvolvimentismo<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Sampaio Jr (2012, p. 678-679) explica que “O chamado neodesenvolvimentismo é um fenômeno recente e localizado, indissociável das particularidades da economia e da política brasileiras na segunda metade dos anos 2000 (...) a onda neodesenvolvimentista está diretamente relacionada às intrigas e conspirações palacianas entre as duas facções que disputam o controle da política econômica brasileira: a monetarista — braço direito do neoliberalismo — e a autoproclamada “desenvolvimentista” — braço esquerdo da ordem (...) O desafio do neodesenvolvimentismo consiste, portanto, em conciliar os aspectos “positivos” do neoliberalismo — compromisso incondicional com a estabilidade da moeda, austeridade fiscal, busca de competitividade internacional, ausência de qualquer tipo de discriminação contra o capital internacional — com os aspectos “positivos” do velho desenvolvimentismo — comprometimento com o crescimento econômico, industrialização, papel regulador do Estado, sensibilidade social”

O estado nasce atrelado à figura do ex-governador José Wilson Siqueira Campos que exerceu o papel de fundador do estado, muitas vezes associado ao “herói”, “libertando” o povo do norte do Goiás “da pobreza e do atraso social em que vivia” (SOUZA, 2016, p. 27). Essa representação do siqueirismo configura o que há de mais atrasado na política tocantinense. Todavia, é esse atraso que desenha as políticas sociais e distribui os recursos públicos de acordo com “as relações com os eleitores”, numa “perspectiva paternalista e de benfeitor no sistema de troca de “benefícios” demandados pelas pessoas” (SOUZA, 2016, p. 55).

De tal modo, o estado do Tocantins é constituído pelo clientelismo e paternalismo desde a sua criação “comprometido em sua ação e filosofia com a iniciativa privada” (SOUZA, 2016, p. 109). Essa realidade se mantém nos dias atuais com o aprofundamento da relação do Estado com o setor privado no âmbito das políticas sociais, priorizando os processos de privatização associado a um discurso de Estado moderno para atrair o setor do empresariado nacional e os profissionais liberais. Exemplo desse processo histórico de captura do fundo público pelo setor privado no estado é a privatização dos serviços de água e energia.

É sob este contexto que as parcerias público-privadas se estabelecem no Brasil e no Tocantins, mediante o processo de “reforma” do Estado por meio de PDRAE de Fernando Henrique Cardoso e Bresser Pereira. Essa articulação ofensiva entre setor público e privado, por meio da transferência dos serviços do Estado para OS e OSCIP que consolida a via de extração de mais-valia a partir da apropriação do fundo público das políticas sociais. Assim, as contrarreformas do Estado criam uma forma de apropriação do fundo público com a constituição dos chamados novos modelos de gestão, por meio de terceirizações e da privatização do patrimônio público.

Na década de 1990, ao implementar as privatizações com foco na lógica do capitalismo contemporâneo e como estratégia de ajuste fiscal, o Brasil favorecia diretamente a articulação de grupos nacionais na financeirização mundial. As privatizações de diversos setores (mineração, telecomunicações e outros) ampliaram a entrada do capital estrangeiro no país e, como resultado, experimentamos “uma contrarreforma do Estado no Brasil de natureza destrutiva e regressiva, antinacional, antipopular e antidemocrática” (BEHRING, 2008a, p. 234).

Desta maneira, a relação público-privada na sociedade capitalista, no contexto de contrarreformas neoliberais, não necessariamente são campos opostos, porém, estão em constante disputa e contradição. Principalmente, na disputa de um projeto societário de ampliação e de acumulação do capital e na contradição do Estado em resguardar os interesses do setor privado, na forma atual de financeirização das políticas sociais. Por fim, uma lógica

contraditória das formas de ajuste neoliberais que passam pela privatização dos serviços públicos que adentram no interior do Estado aumentando a dívida, gerando mais custos e transformando os direitos em mercadoria.

Assim, tendo como referência toda a contextualização anterior da relação público-privada no sentido da ofensiva neoliberal, pretende-se, no próximo capítulo, analisar a captura do fundo público por meio da intensificação das privatizações na política de saúde, sob a conjuntura da crise atual do capitalismo, bem como os projetos em disputa no interior do Sistema Único de Saúde-SUS.

### **3. O SUS COMO MERCADORIA**

A partir das aproximações teóricas sobre os conceitos de público e privado realizadas no capítulo anterior, sob a lógica neoliberal, foi possível compreender que a contrarreforma do Estado no Brasil, caracterizado por um projeto conservador, acelerou os processos de privatizações dos serviços públicos na década de 1990.

Nesta seção, prosseguiremos na análise do primeiro objetivo desta pesquisa: os significados do público e do privado no contexto da crise do capital e, mais especificamente, por meio do modelo de gestão da organização social Pró-Saúde. Como no capítulo anterior já trouxemos o debate sobre os conceitos e a relação público-privada, nesta seção abordaremos especificamente o SUS em uma lógica de mercadoria e a contradição com a sua raiz conceitual fundada na Reforma Sanitária em uma perspectiva pública. Ainda pontuamos a disputa em torno do campo e do orçamento da seguridade social nos processos de contrarreformas do Estado. Nas demais seções, contextualiza-se os projetos em disputa no SUS orientados pelo Banco Mundial e pelo Fundo Monetário Internacional, com destaque para a constituição de Organizações Sociais de Saúde (OSS) e outros modelos de gestão que apropriam do fundo público da saúde para gerar mais lucros e ampliar a acumulação privada do capital.

#### **3.1. O SUS no interior da Seguridade Social em disputa**

A crise dos anos de 1970 no Brasil provocou repercussões nas condições de vida da classe trabalhadora no Brasil, mas foi nesse cenário de regressão que a seguridade social foi garantida na Constituição Federal (CF) de 1988. Nesse cenário de contradições, se, por um lado, no escopo econômico e financeiro, o país vivia uma avalanche de contrarreformas do Estado, por outro lado, a legislação social efetivou a concepção da Seguridade Social no texto constitucional a partir das lutas e da organização dos trabalhadores e da sociedade civil.

Mesmo sob este cenário de avanço neoliberal nas políticas sociais, o conceito de seguridade social foi garantido na constituição de 1988, representando um avanço da proteção social brasileira (SENNA; MONNERAT, 2008, p. 194). A perspectiva dessa seguridade social instituída no Brasil contemplou “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”, com característica pública, cobertura e atendimento universal, uniformidade dos serviços, benefícios e serviços seletivos e distributivos, não redução dos benefícios,

equidade de participação no custeio, base de financiamento diversa, caráter democrático, gestão descentralizada e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Na composição da seguridade social coexistem limites estruturais, assim como na dinâmica da sociedade capitalista. Para Boschetti:

Foi somente com a Constituição de 1988 que as políticas de previdência, saúde e assistência social foram reorganizadas e reestruturadas com novos princípios e diretrizes e passaram a compor o sistema de seguridade social brasileiro. Apesar de ter um caráter inovador e intencionar compor um sistema amplo de proteção social, a seguridade social acabou se caracterizando como um sistema híbrido, que conjuga direitos derivados e dependentes do trabalho (previdência) com direitos de caráter universal (saúde) e direitos seletivos (assistência) (BOSCHETTI, 2009, p. 330).

O tratamento dado à seguridade social, no âmbito do pensamento social crítico, define esse conjunto de políticas sociais como espaço contraditório, componente da luta de classes e de estratégia do capital. Considerando que as políticas sociais se localizam nesse terreno de correlação de forças sociais e da contradição capital e trabalho, Mandel afirma que:

A tendência à ampliação da legislação social determinou, por sua vez, uma redistribuição considerável do valor socialmente criado em favor do orçamento público, que tinha de absorver uma percentagem cada vez maior dos rendimentos sociais a fim de proporcionar uma base material adequada à escala ampliada do Estado do capital monopolista (MANDEL, 1982, p. 338 e 339).

Nesse sentido, é importante reconhecer o caráter de avanço da seguridade social trazida na CF, mas também os seus limites e os ataques subsequentes que desfiguraram essa concepção, reduzindo os direitos no âmbito do trabalho. Tal regressão foi orientada por um jogo neoliberal que introduziu as privatizações e a desresponsabilização do Estado, além da focalização, da centralização destrutiva e dos desfinanciamento das políticas sociais (BEHRING, 2008b).

Assim, nasce a saúde inscrita no campo da seguridade social brasileira, em um modelo clássico de intervenção e de responsabilidade estatal, a partir de ações e serviços de atenção reconhecidos como direito universal e com base de financiamento. A Saúde passou a integrar essa Seguridade Social, modelo de proteção social instituído e garantido na Constituição Federal de 1988, junto com a Assistência Social e a Previdência Social. Em especial, a política de saúde brasileira foi incorporada na constituinte nos artigos 196 a 200, que estabelecem o direito à saúde a qualquer cidadão do país, por meio de um Sistema Único de Saúde, universal, gratuito e estatal (BRAVO; MATOS, 2012).

A institucionalização do SUS é resultado de uma articulação do movimento sanitário ou Reforma Sanitária, organizado por intelectuais e movimentos sociais, considerado um marco

progressista na defesa da saúde pública. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, simbolizou o marco de introdução desse debate da saúde, sobretudo com a participação das entidades (ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e de moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento. Assim, a reforma sanitária emergiu no campo da luta pela democracia e suas bases teóricas foram fundamentadas na concepção marxista do Estado e na construção do conhecimento da Saúde Coletiva.

No Brasil, o Movimento de Reforma Sanitária (MRS) foi inspirado no modelo italiano e pautava um projeto de saúde com princípios de universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social. O MRS nasceu sob o regime da autocracia burguesa no Brasil e representava um movimento da saúde em oposição à ditadura civil, política e militar da época. Referenciado no Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), o MRS reunia diversos militantes em defesa da saúde, bem como profissionais, intelectuais e lideranças políticas.

Desta forma, o movimento sanitário articulava-se em torno do fortalecimento do setor público em oposição à lógica da saúde pautada pelo setor privado durante o período da ditadura militar. Na época, o movimento sanitário foi estratégico na politização da saúde e no aprofundamento da consciência sanitária (BRAVO, 2011). No entanto, nos anos de 1990 e anos 2000, as características do MRS foram apagadas em função do apassivamento dos movimentos sociais da saúde em razão de um processo de cooptação e conformismo.

No entanto, no interior na constituição do SUS legal aprovado na CF, houve a disputa do projeto neoliberal que reorientou a atuação do Estado na saúde. Para Bravo:

A afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil, tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação. A proposta de Política de Saúde construída na década de 1980 tem sido desconstruída. A Saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise. (...) Com relação ao Sistema Único de Saúde (SUS), apesar das declarações oficiais de adesão ao mesmo, verificou-se o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais e uma omissão do governo federal na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral (BRAVO, 2009, p. 100).

No atual contexto de crise estrutural do capital, o SUS se desenvolveu em um espaço de disputa de grandes grupos econômicos que, a partir da lógica privada, ampliam seu projeto por meio da redução dos direitos da classe trabalhadora, do caráter focal e da inserção do capital na gestão dessas políticas (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018). O setor privado na saúde amplia o seu campo de atuação, seja através de seguros e planos privados de saúde ou da

execução das ações públicas de saúde, inserindo-se nos processos de contrarreforma do Estado, atingem diretamente o SUS por meio da redefinição das funções do Estado na mundialização do capital (CHESNAIS, 1996).

Essa lógica mercadológica e lucrativa introduzida na saúde pública apresenta uma estreita relação com a mundialização do capital financeiro. Segundo Chesnais (1996), esse processo de mundialização se dá quando o capital pretende restaurar o aumento da produtividade do trabalho, através da intensificação e da flexibilização máxima da mão-de-obra.

Aqui está a relação entre a lógica do lucro sobre as políticas sociais e a mundialização do capital. O desmantelamento das conquistas sociais perpassa pelo financiamento das políticas e tal financiamento é capturado pelo capital. Ora o capital gera lucro alimentando-se do investimento e da força de trabalho já criada por outros setores – neste caso, pelas políticas sociais. Nesta esfera, o fundo público das políticas sociais é o terreno fértil para as galopantes contrarreformas nas políticas sociais e para a ampliação da acumulação do capital em níveis mundiais.

No interior da política de saúde, são diversas as estratégias neoliberais de captura do fundo público. Inicialmente, é importante ressaltar que a constituição brasileira sofreu no âmbito do financiamento das políticas sociais “uma forte coalização política contrária aos princípios de universalização dos direitos e de provisão pública dos serviços sociais” (SENNA; MONNERAT, 2008, p. 197).

O financiamento da seguridade social, com destaque para a saúde, sempre foi tensionado pela extração de superlucros destinados ao capital financeiro (BEHRING, 2008b, p. 157). De acordo com o texto constitucional, o fundo público da seguridade social deveria ser construído a partir da criação de um orçamento da seguridade social, assegurando a gestão das políticas de saúde, previdência social e assistência social. No entanto, o orçamento da seguridade social para Salvador (2010) se transformou em “letra morta”, à medida que há um desfinanciamento da seguridade social imposto pelo ajuste fiscal que justifica a necessidade das contrarreformas para tirar o país da situação de crise e déficit fiscal.

Conceição, Cislighi e Teixeira (2012), pontuam que o orçamento do Estado brasileiro é composto não só pelo orçamento da Seguridade Social, mas também por outras duas esferas que se caracterizam pelo orçamento fiscal e o orçamento das estatais. O orçamento fiscal abrange os impostos, que são direcionados para todas as políticas públicas setoriais, com exceção das que compõem a seguridade social que apresentam esfera de financiamento diferente. O Orçamento de Investimentos das Estatais (OI) é composto pelas empresas estatais

federais em que a União possui capital social e direito a voto, em administração direta ou indireta.

Neste estudo, a compreensão do orçamento da seguridade social é importante, pois contribui para entender o financiamento da saúde e a intensificação das privatizações no SUS. Em tese, o orçamento da seguridade social é composto por contribuições sociais que, para Salvador (2010), são contribuições direcionadas para a finalidade que foram criadas, obrigando o Estado a aplicar os recursos no destino específico do tributo. A CF prevê ainda que, de acordo com a necessidade, os recursos do orçamento fiscal podem complementar o orçamento da seguridade social.

Ainda, segundo Salvador (2017), o financiamento da seguridade social é composto por diversas fontes de financiamento exclusivas como a Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS), Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL), Contribuição Social do PIS/Pasep e a contribuição de empregados e empregadores para a seguridade social, além dos recursos dos concursos de prognósticos. O autor destaca ainda que, ao observar os dados oficiais do orçamento da seguridade social, é possível visualizar valores desviados e “surrupitados” pela Desvinculação de Receitas da União (DRU) da seguridade social.

A Desvinculação de Receitas da União (DRU)<sup>8</sup> é um mecanismo que permite a retirada de até 30% de todos os tributos federais para serem usados livremente na composição do superávit primário e para a utilização no pagamento dos juros e amortizações da dívida pública. Cabe destacar que a maior parte dos recursos que compõem a DRU são as contribuições sociais que formam o orçamento da seguridade social (SALVADOR, 2017). Esse desvio de finalidade da DRU retira das receitas do orçamento da seguridade social valores consideráveis e que dão base de sustentação para o falso discurso do déficit e, conseqüentemente, provocam o intenso desfinanciamento das políticas sociais de saúde, previdência e assistência social.

Portanto, podemos pontuar que há uma forte relação entre a DRU e o desfinanciamento da seguridade social brasileira. A questão central deste debate é a disputa que se coloca por trás da não extinção da DRU que se materializa na manutenção dos interesses privados de captura do fundo público para extração de mais-valia socialmente produzida através das contribuições sociais da seguridade social.

---

<sup>8</sup> A Desvinculação de Recursos da União (DRU) foi criada a partir do ano de 2000 e permanece sendo prorrogada. Com a EC 93/ 2016, a DRU foi prorrogada até 31 de dezembro de 2023 e ampliou de 20% para 30% o percentual dos tributos federais que podem ser usados de forma livre.

Além disso, se observamos a composição do orçamento federal (gráfico 1), o crescente montante destinado para o pagamento da dívida pública revela também que têm sido retirados mais recursos do orçamento da seguridade social. Em 2020, segundo dados da Auditoria Cidadã da Dívida Pública, a dívida atingiu R\$ 1,381 trilhão de reais, significando um crescimento de 33% em relação ao ano de 2019. Os gastos com pagamento de juros e amortização da dívida no valor total do orçamento de 2020, correspondem a 39,08% do total de recursos do orçamento público.

Gráfico 1 – Orçamento Geral da União Executado (pago) - Ano 2020  
R\$ 3,535 TRILHÕES



Fonte: Elaboração da Auditoria Cidadã da Dívida Pública<sup>9</sup>

O pagamento da dívida pública evidencia que os recursos da seguridade social privilegiam mais as grandes instituições bancárias e de investimento nacional e internacional do que as políticas sociais e a classe trabalhadora brasileira. Esse aumento indica também que há uma contradição no discurso do ajuste fiscal, pois há recursos para o pagamento da dívida pública que, inclusive, saem da seguridade social, mas não há para a saúde e outras políticas sociais, até mesmo com o congelamento dos gastos sociais através da EC 95/ 2016<sup>10</sup>.

Os trilhões de reais destinados ao pagamento dos juros e amortizações da dívida pública só confirmam a formulação de Salvador (2012) sobre o fundo público, como componente

<sup>9</sup> Ver mais em: <https://auditoriacidada.org.br/conteudo/gastos-com-a-divida-publica-cresceram-33-em-2020/>

<sup>10</sup> Para Salvador (2020), “(...) a EC 95 de 2016 é um draconiano ajuste fiscal, que impede a expansão do orçamento, em particular, das despesas públicas discricionárias nas políticas de saúde, educação, ciência e tecnologia, infraestrutura, assim como colocou fim às aplicações de recursos mínimos em educação e saúde”.

primordial nas políticas, sendo essencial tanto para a acumulação capitalista como para a manutenção do campo social, garantindo “a expansão do mercado de consumo”. Salvador destaca ainda que:

O fundo público envolve toda a capacidade de mobilização de recursos que o Estado tem para intervir na economia, seja por meio das empresas públicas, pelo uso das suas políticas monetária e fiscal, assim como pelo orçamento público. Uma das principais formas da realização do fundo público é por meio da extração de recursos da sociedade na forma de impostos, contribuições e taxas, da mais-valia socialmente produzida, portanto, (...) é parte do trabalho excedente que se transformou em lucro, juro ou renda da terra, sendo apropriado pelo Estado para o desempenho de múltiplas funções (SALVADOR, 2012, p. 126).

O fundo público no Estado capitalista, elemento central no processo de reprodução e produção ampliada do capital, além de desempenhar a função do pagamento de juros e amortização da dívida pública, executa outras que compreendem as desonerações tributárias e redução da base tributária a favor dos capitalistas, garantia de direitos sociais que garante o aumento do consumo pela população, grandes investimentos em meios de transporte, infraestrutura e com investigação e pesquisa (SALVADOR, 2017).

Por isso, compreender a disputa no campo do orçamento público da seguridade social é fundamental para entender que a captura dos recursos públicos é uma forma de apropriação do trabalho necessário pela burguesia sobre a classe trabalhadora. No momento em que a supercapitalização transformou em mercadoria os serviços públicos, ampliou-se a exploração do trabalho necessário que compõe parte do fundo público na via da tributação pelo consumo (BEHRING, 2009).

Essas novas formas de superexploração do trabalho necessário, como componente do fundo público, definem o que Fontes (2010) chama de expropriações na sua forma atual.

As expropriações de direitos que ocorrem mundo afora, em paralelo à oferta de serviços industrializados para aliviar as necessidades antes supridas como direitos, podem ser analisadas como formas de superexploração do trabalho. A conversão em capital, através de fundos de pensão, de parte do salário de variadas camadas de trabalhadores (...), é outra de suas formas. Num caso como no outro, parcela do salário – trabalho necessário – destina-se seja à compra de um bem expropriado aos trabalhadores, como saúde, educação, etc., seja à constituição de fundos para suportar tais despesas no futuro, como planos de saúde ou fundos de pensões para as aposentadorias mitigadas ou extintas. Neste último caso, parcela dos salários se converte em capital. Mas, além disso, há ainda uma nova modalidade de superexploração: o uso capitalista da força de trabalho sem contrato, ou a expropriação do próprio contrato de trabalho, de tal forma que se instaura uma jornada sem limites, cuja remuneração explicita uma imposição econômica, social e política de patamares infra-históricos de subsistência dos trabalhadores (FONTES, 2010, p. 355)

Essas expropriações contemporâneas (MOTA, 2018) geram violência e subtração de direitos sociais conquistados historicamente que são transferidos para a esfera privada, afetando, conseqüentemente, a vida material e social da classe trabalhadora. Assim, o trabalho excedente garante a reprodução do capital, cada vez mais super explorando os trabalhadores. Nesse contexto, entende-se que a regressão no campo do direito à saúde, com a disputa do fundo público e a intensificação das privatizações, também confere novas formas de expropriação.

O orçamento da saúde também se concretiza no campo de disputa dos interesses privados. No período pós-redemocratização de 1988 e com a instituição da seguridade social na CF, não ficou definida como seria a participação no financiamento das ações de saúde de cada esfera (municipal, estadual e federal). Somente em 2000, com a Emenda Constitucional (EC) 29 e, posteriormente, a Lei Complementar (LC) 141, foram estabelecidos os percentuais mínimos de alocação dos recursos para cada esfera – que, atualmente, representam índices de 12% das receitas da União devem aplicadas área da saúde, além de 12% para estados e 15% para municípios. Da gênese do SUS até a EC 29, confirmou-se um projeto em curso de subfinanciamento da política de saúde com composição de um fundo público com valores insuficientes para desenvolver ações e serviços de saúde e que representam, segundo Conceição, Cislighi e Teixeira (2012), menos de 20% do orçamento da seguridade social.

Posteriormente, em 2001, é reordenado o Fundo Nacional de Saúde (FNS), unidade do orçamentária do SUS, com vinculação de receitas e despesas das ações e serviços de saúde, e com as novas formas de financiamento do SUS: transferências de recursos para união, estados e municípios e celebração de convênios entre entidades e órgãos. Conceição, Cislighi e Teixeira (2012) afirmam que as transferências de recursos fundo-a-fundo ampliam a lógica de remuneração dos serviços prestados, agravando a tendência da saúde como mercadoria. Nessa forma de financiamento do SUS, a contratação de terceiros, ou seja, empresas privadas, é disseminada largamente como a forma mais rápida dos municípios e estados executarem ações de saúde, através de contratos e convênios.

Nesta relação público-privada de prestação de serviços em saúde têm-se como base a complementaridade no SUS, conforme artigo 199 da CF, que estabeleceu a participação de instituições privadas de forma complementar do Sistema Único de Saúde, mediante contratos ou convênios, dando preferência as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos. Portanto, nessa lógica de complementaridade, há uma inversão e uma distorção, segundo Correia (2000), em que os recursos públicos são repassados para a rede privada “em algumas modalidades de gestão – terceirização, delegação e parcerias com ‘organizações sociais’ que são formas de privatização da rede pública” (CORREIA, 2000, p. 131). Carneiro (2014) também afirma que

o setor privado se torna o principal executor dos serviços de saúde e o SUS se converte em complementar, em oposição ao texto constitucional. Ela afirma ainda que essa dinâmica de entrada das empresas nas ações e serviços de saúde só ocorre porque “o setor privado só procura complementar o setor público nos serviços que tenham altos retornos financeiros” (CARNEIRO, 2014, p. 115).

A ampliação de recursos para a saúde, seja por meio da EC 29 ou das transferências fundo-a-fundo, contratos e convênios revelam que as ameaças à privatização do SUS já estavam presentes na gênese do debate sobre o financiamento no SUS. No debate da formulação da EC 29, proposta a partir de movimentos sociais que foram protagonistas na Reforma Sanitária e que se inscreviam no campo da esquerda política brasileira, os modelos alternativos à administração estatal direta, especialmente as Organizações Sociais (OS), Fundações Públicas de Direito Privado e empresas públicas, já estavam presentes e não foram sequer criticados pelos que se diziam defensores do SUS. Com a EC 29, ampliou-se a presença desses novos modelos de gestão nos serviços públicos de saúde e “uma entrega do patrimônio do SUS para o setor privado, numa lógica de empresariamento da saúde” (CONCEIÇÃO; CISLAGHI; TEIXEIRA, 2012, p. 117).

O adensamento dessa lógica das privatizações no Brasil é fortemente orientado pelo capital financeiro que tem sua base de apoio nos organismos internacionais representados pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), Organização Mundial do Comércio (OMC) e Banco Mundial (BM) que, segundo Correia (2007, p. 4), simbolizam e representam:

os interesses dos Estados mais poderosos do mundo, pressionam os demais Estados nacionais a adotarem políticas de liberalização, desregulamentação e privatização, impondo reformas políticas, econômicas e socioculturais, as quais vão ter implicações na soberania dos Estados-nação que a estas aderirem, mediante as condicionalidades de suas políticas internas e externas. Estas instituições desempenham funções relevantes para o ajuste de integração dos espaços mundiais, visando à produção e à reprodução do capital (CORREIA, 2007, p. 4)

Após a crise estrutural do capital de 1970, o FMI e o BM começaram a orientar as políticas econômicas dos países de capitalismo dependente na América Latina com a condição de que os Estados realizassem políticas de ajuste fiscal, reorientando as políticas sociais para a lógica da focalização, da assistencialização e da seletividade, descentralização da gestão dos serviços, participação de organizações não governamentais, filantrópicas, comunitárias e de empresas privadas, a introdução da lógica da privatização com a transferência dos serviços públicos para o setor privado. Simultaneamente, era orientado ao mercado a criação de serviços

acessíveis e coletivos de consumo para a população, em uma relação de cidadão-consumidor (CORREIA, 2007).

Nesse contexto de intensa orientação do capital financeiro sobre as políticas sociais dos países de capitalismo periférico, em seu estudo, Correia (2007) elenca diversos documentos do BM que trazem diretrizes necessárias para seguir a cartilha de entrada na mundialização do capital.

Tabela 1 – Documentos com diretrizes do Banco Mundial para os países de capitalismo periférico para subsidiar as reformas na saúde<sup>11</sup>

Ano	Documentos
1975	Saúde: documento de política setorial
1987	Financiando os Serviços de Saúde nos países em desenvolvimento: uma agenda para a reforma
1993	Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial de 1993
1995	A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90.
2007	Governança do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro: Fortalecendo a Qualidade do Investimento Público e da Gestão de Recursos.
2013	30 anos de construção do sistema de saúde no Brasil Uma análise do Sistema Único de Saúde
2017	Um Ajuste Justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil
2019	Proposta de Reforma do Sistema Único de Saúde Brasileiro

Fonte: Elaboração própria com base no estudo de Correia (2007) e em pesquisa no site do BM.

Observa-se que os dois primeiros documentos dos anos de 1975 e 1987, elaborados pelo BM, convergem com o início da conjuntura de crise estrutural do capital. Os demais, dos anos de 1993, 1995 e 2007, coincidem com o período histórico de implantação das reformas na saúde brasileira com as privatizações no SUS, especialmente com a implantação da lei das Organizações Sociais e o espraiamento de entidades privadas filantrópicas e sem fins lucrativos pelos estados, incluindo o Tocantins.

Em síntese, o documento de 1975 intitulado “Saúde: documento de política setorial” apresentava diretrizes iniciais para a implantação das reformas nas políticas de saúde dos países subsidiados, com determinações explícitas de não universalidade do atendimento, priorizando

<sup>11</sup> O BM publicou outros documentos que reafirmam suas propostas de reforma na saúde. Estes não são objetos deste estudo que analisa apenas os documentos que têm relação com a constituição das OS no Brasil.

(seletividade e focalização) os mais pobres, optar pelas ações de atenção primária e a contratação de trabalhadores da saúde sem qualificação. O segundo documento de 1987, “Financiando os Serviços de Saúde nos países em desenvolvimento: uma agenda para a reforma”, reforçava a necessidade de implantação e de prosseguimento das reformas na saúde dos países (CORREIA 2007).

Durante a década de 1980, o Banco Mundial já vinha assumindo um papel de destaque mundial e de liderança no debate e na agenda internacional sobre as reformas nas políticas de saúde. E chega na década de 1990, a consolidação a nível internacional no âmbito das orientações neoliberais para a saúde.

Em 1993, divulga o documento “Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial de 1993: Investindo em Saúde” que traz diretrizes em conformidade com o Consenso de Washington<sup>12</sup>, além de sistematizar um diagnóstico mundial sobre a saúde, propondo em caráter minucioso as reformas, inclusive com financiamento de alguns projetos, que deveriam ser implantadas nos países de capitalismo periférico (Correia, 2007). É evidente que para o BM é necessário dar um suporte maior para esses países “em desenvolvimento”, visto que os impactos são diferenciados nessas realidades, o que pode proporcionar inclusive mais extração de capital.

Em 1995, o documento “A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90”, é publicado pelo BM. Essa diretriz dialoga diretamente com o objeto dessa pesquisa pois defende veementemente as propostas pactuadas pela ideologia neoliberal nas políticas sociais, sendo a redução dos recursos destinados à saúde e o imediato corte de gastos públicos. O Brasil segue tão minuciosamente essa cartilha que no mesmo ano aprova o PDRAE em conjunto com outro documento específico para a reforma na saúde, chamado de “Sistema de Atendimento de Saúde do SUS”, ou chamado também de caderno 13 MARE.

Chama atenção que tanto o PDRAE como o Caderno 13 MARE trazem defesas explícitas sobre a urgência em realizar a reforma na saúde – em especial, a reforma do sistema hospitalar e ambulatorial do SUS. A proposta defende que as mudanças são necessárias para que haja maior resolubilidade e qualidade das ações de saúde, além de solucionar as questões relacionadas ao financiamento da saúde a partir da economia dos recursos disponíveis

---

<sup>12</sup> O Consenso de Washington foi um encontro realizado em 1989 nos EUA, reunindo funcionários do governo norte estadunidense, Fundo Monetário Internacional, Banco Mundial e Banco Interamericano de Desenvolvimento-BID, para discutir e estabelecer diretrizes para as reformas econômicas dos países da região, consensuada a ofensiva neoliberal.

(BRASIL, 1995b). Obviamente, tais propostas de cunho neoliberal, no mínimo contraditórias, respondem para a sociedade que a solução está na privatização dos hospitais públicos.

Mesmo que a esfera de reforma direta do PDRAE fosse apenas sistema de saúde federal, não isentou Bresser Pereira de fazer proposições para os estados quanto à transferência da gestão de hospitais para as OS. O documento afirma que:

Hospitais estatais deverão, em princípio, ser transformados em organizações sociais, ou seja, em entidades públicas não-estatais de direito privado com autorização legislativa para celebrar contratos de gestão com o poder executivo e assim participar do orçamento federal, estadual ou municipal. (...) Naturalmente, os hospitais universitários e os hospitais que tenham um papel relevante na pesquisa médica deverão continuar a ter prioridade por parte do Estado, e, portanto, receberão, como organizações sociais, dotações orçamentárias, além das receitas provenientes dos serviços contratados pelo Subsistema de Entrada e Controle do Sistema de Atendimento de Saúde do SUS (BRASIL, 1995b, p. 15 e 20).

É visível o projeto neoliberal de privatização dos hospitais públicos no Brasil – que é consensual nas esferas de governos, e no Tocantins não é diferente. Na mesma época que a reforma saúde e do Estado foram aprovadas, a organização social Pró-Saúde (Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar) passou a administrar diversos hospitais públicos, como é descrito no capítulo 3 deste estudo.

A reforma da saúde de Bresser Pereira coroa a entrada das OS na saúde afirmando que o financiamento e os serviços devem ser descentralizados e, onde não havia estrutura de equipamento hospitalar e ambulatorial, por meio de consórcios municipais, desde que administrados por organizações públicas não-estatais. O documento ainda afirma que há escassez de recursos públicos e que o setor público não tem capacidade para gerir (lógica do gerencialismo). A diretriz enfatiza que:

No caso dos hospitais estatais o aumento da autonomia dos seus administradores só será viável através do projeto que prevê sua transformação em organizações públicas não-estatais (organizações sociais). O aperfeiçoamento do sistema de controle municipal é aquele que acabei de descrever. Ambos os projetos estão avançando firmemente no Ministério da Saúde (BRASIL, 1995b. p. 27).

Em consonância com as diretrizes de 1995, no ano de 2007, o documento “Governança do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro: Fortalecendo a Qualidade do Investimento Público e da Gestão de Recursos”, reafirmam a necessidade de racionalizar os gastos públicos e aumentar a qualidade dos serviços, através da gestão de hospitais públicas por OSS. A diretriz traz alguns métodos ligados à administração do setor privado como capacidade e autonomia gerencial e financeira, monitoramento e avaliação de impacto, busca pelo desempenho,

implantação de processos de privatização para superar a ineficiência e baixa qualidade de serviços de saúde pública.

Em 2013, o documento do BM “30 anos de construção do sistema de saúde no Brasil: uma análise do Sistema Único de Saúde” (2013), volta a defender a eficiência e a qualidade dos serviços no SUS através de a contratação de organizações sem fins lucrativos – por exemplo, as organizações sociais, inclusive exemplificando experiências que na nossa visão foram malsucedidas, como é o caso das OS no Rio de Janeiro, questão tratada no capítulo 3 desta pesquisa. Soma-se a experiência do Rio de Janeiro, a falta de transparência na utilização dos recursos do SUS com favorecimento explícito ao capital na utilização do fundo público pelas OS na saúde (CARDOSO, 2012). O BM sustenta que esses novos modelos de gestão corrigem distorções no sistema público como melhoram o desempenho no uso dos recursos disponíveis.

Em 2017, o BM publica o documento “Um Ajuste Justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil” que defende nitidamente a ineficiência da gestão pública no Brasil, destacando, na saúde, a ineficiência dos hospitais, e chegando a defender, inclusive, a extinção de hospitais de pequeno porte.

Já o documento “Proposta de Reforma do Sistema Único de Saúde Brasileiro”, de 2019, enfatiza que há fortes evidências de que os hospitais sob a gestão da OSS (denominado por eles como gestão autônoma) obtém resultados melhores no tempo de permanência do paciente no leito, melhor taxa de ocupação e melhor desempenho nos gastos em relação a produção.

Tanto o documento do BM de 1995 como o de 2007, criam bases fortes de implantação e continuidade de um projeto neoliberal na saúde com forte tendência para a privatização de hospitais públicos. Já os documentos de 2013, 2017 e 2019 reforçam a urgência da privatização dos hospitais através da gestão das OSS. Esse projeto tem orientação clara para abocanhar a maior alocação de recursos do orçamento da saúde que corresponde às ações de média e alta complexidade (hospitais, ambulatórios, centros de especialidades, e outros serviços). Esses documentos apenas reforçam a tendência de transferência das unidades hospitalares para OS, materializados na instituição da lei 9.637/98, a lei das Organizações Sociais, e na lei 9.790/99, que criou as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP).

É escandalosa a prática de transferências dos serviços públicos para o setor privado, sobretudo para as OS. Isso mostra que a reforma do Estado apoiada no conjunto de ideias neoliberais, consegue expropriar a classe trabalhadora em todas as esferas da vida social, inclusive no direito básico de acesso à saúde, requisito necessário para manter o corpo explorado e útil para a reprodução do capital.

Por isso, nas próximas seções os projetos em disputa no interior do SUS serão expandidos, assim como a constituição das OS na saúde, objeto de estudo dessa pesquisa.

### **3.2. O público e o privado nos projetos em disputa no SUS**

É importante considerar que o SUS sempre foi uma política em disputa pelo setor privado desde a sua criação. Nascido no início da crise estrutural do capital no Brasil, o SUS, em seu financiamento, se materializava como uma opção de mercantilização por meio da privatização dos serviços de saúde via OS. Nesse contexto de disputa, desde a década de 1980, o SUS é tomado por vários projetos que, em sua maioria, dialogam com interesses ligados ao setor privado.

A gestão dos serviços de saúde sofreu nas últimas décadas um processo intenso de privatização e terceirização através dos novos modelos de gestão que se caracterizam como um grande projeto neoliberal de captura do fundo público através da política de saúde. Esses novos modelos de gestão, para Correia funcionam:

(...) por meio de contratos e de parcerias, mediante transferências de recursos públicos, viabilizadas pelas Organizações Sociais (OSs), criadas em 1998, pela Lei 9.637/98; pelas Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), criadas em 1999, pela Lei Federal n. 9.790; pelas Fundações Estatais de Direito Privado (Projeto de Lei Complementar no 92/2007), e pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), criada através da Lei 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Estes modelos de gestão seguem a administração gerencial, proposta por Bresser Pereira, que propõe a quebra das barreiras entre o setor público e o privado (CORREIA, 2014, p. 51).

Assim, para além do projeto de reforma sanitária, já pontuada no início deste capítulo, o programa neoliberal avançou no âmbito da saúde no projeto privatista do SUS e no projeto do SUS possível.

O projeto privatista atende a lógica de mercado, baseado na obtenção de lucros através da captura do fundo público, e na saúde, especialmente, “através de sua relação com o complexo financeiro industrial médico, hospitalar, farmacêutico e de insumos (...) da compra direta de consultas, procedimentos e exames, ou utilização de planos e convênios privados”. Na atualidade, o projeto privatista incorporou os novos modelos de gestão como as Organizações Sociais, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, Parcerias Público-privadas e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, e outros (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

Esse projeto teve destaque durante os governos do PSDB de Fernando Henrique Cardoso (1995-2003) e com a reforma do Estado (PDRAE). No Caderno 2 do MARE, Bresser

Pereira trouxe o projeto de implantação de Organizações Sociais no Brasil, defendendo que nas atividades não-exclusivas, como saúde, especialmente nos hospitais públicos:

(...) esses serviços ganharão em qualidade: serão otimizados mediante menor utilização de recursos, com ênfase nos resultados, de forma mais flexível e orientados para o cliente-cidadão mediante controle social. As atividades estatais publicizáveis, aquelas não-exclusivas de Estado, correspondem aos setores onde o Estado atua simultaneamente com outras organizações privadas, tais como educação, saúde, cultura e proteção ambiental (BRASIL, 1998a, p.13).

As OSS adentram no SUS sob o forte discurso neoliberal de inovação, qualificação, rigor e transparência. Nesse contexto de defesa intransigente das OS, o caderno 2 do PDRAE (BRASIL, 1998a, p.14) descreve inúmeras possíveis vantagens para o Estado como “a contratação de pessoal nas condições de mercado e a adoção de normas próprias para compras e contratos; e ampla flexibilidade na execução do seu orçamento”.

Contraditoriamente, o PDRAE (BRASIL, 1998a, p.15) defendeu que as “Organizações Sociais não serão negócio privado, mas instituições públicas que atuam fora da Administração Pública para melhor se aproximarem das suas clientelas”, sob a justificativa neoliberal de que o Estado não deixaria de controlar a gestão dos serviços, apenas seria feita uma parceria que proporcionaria uma “revolução na gestão da prestação de serviços”.

As Organizações Sociais (OS) são assim implementadas por meio da Lei 9.637 que objetivava:

à implementação e viabilização das Políticas Sociais por meio de “Contratos de Gestão” com o poder público, qualificando “como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde (BRASIL, 1998b).

Correia (2011) destaca que nessa relação das Organizações Sociais (OS) se apresenta um duplo interesse público e privado. É importante ressaltar que as OS foram criadas com a finalidade de realizar atividades de interesse público como a pesquisa, o ensino e a tecnologia, além de proteção à saúde, meio ambiente e cultura. As OS proporcionam o aumento da precarização das condições de trabalho, uma vez que não realizam concursos, contratando pessoal com baixos salários. Segundo Correia (2011, p. 43), “as OSs podem contratar funcionários sem concurso público, adquirir bens e serviços sem processo licitatório e não prestar contas a órgãos internos e externos da administração pública”.

Inevitavelmente, o projeto do capital se estabeleceu nos serviços de saúde através das OS e se propagou durante todos os governos brasileiros durante a década de 1990 até os dias

atuais. O que muda é a intensidade desses processos de privatização da saúde e os modelos que são implantados, ano após ano, com o objetivo de apenas melhorar a eficiência na captura de fundo público para o capital.

As Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) assemelham-se às OS, pois constituem-se por meio da transferência de atividades públicas para o setor privado, neste caso para Organizações Não-Governamentais (ONGs), cooperativas, associações da sociedade civil de modo geral.

As Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), são criadas pela Lei n. 9.790/1999 que as qualifica como pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos. As OSCIP são legalmente habilitadas para acessar recursos públicos para a realização de projetos, por meio de termo de parceria. Esse tipo de “cooperação” entre público e privado é também uma forma de captura do fundo público, uma vez que se utilizam da expressão pública em sua composição, mas a sua natureza é essencialmente privada.

Entre os governos do PT, sob o comando de Lula (2003-2011), os processos de privatização são intensificados, principalmente com a criação das Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP). O projeto de Lei 92/2007, que em 2021 ainda estava em tramitação, criou as FEDP como um modelo jurídico de administração pública indireta.

Para Granemann (2008), a criação das Fundações Estatais atende a lógica em que “instituições e as políticas sociais que garantem os direitos dos trabalhadores, se transmutam em negócios que promoverão lucratividade para o capital” (GRANEMANN, 2008, p. 37). Segundo a autora, o Estado criou um grande mito (Fundações Estatais) que se atrela aos interesses do grande capital, não diferenciando o público do privado, cunhando o fetiche da iniciativa privada por meio do mérito.

As fundações estatais podem ser caracterizadas como a atualização de antigos modelos de gestão, como as OSCIP, visto que se associam ao projeto neoliberal de atuação do capital e caracterizam-se por serem “formas atualizadas das parcerias público-privadas, das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), das Organizações Sociais (OS), das Fundações de Apoio e de numerosas outras tentativas que sempre tentam repetir o mesmo – privatizar – sob emblema diverso, para que a resistência dos trabalhadores seja vencida.” (GRANEMANN, 2008, p. 37 e 38)

Neste contexto, diversos atores da defesa do SUS público, de movimentos sociais e lideranças sindicais, anteriormente engajados no projeto de Reforma Sanitária passam a defender a necessidade de se incrementar “inovações” e “modernizar” a gestão do SUS. O discurso neoliberal alcança esses setores que passam a argumentar que a execução das ações de

saúde deve ser eficiente e conforme o orçamento disponível. No entanto, historicamente, o que temos é um financiamento insuficiente para a saúde. Soares (2010) destaca que se apresentava assim a ampliação do projeto privatista e nascia o do SUS possível, ainda que os dois projetos integrassem os mesmos interesses.

A criação das Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) contribui para a consolidação do SUS possível, se caracterizando com um novo modelo de gestão da saúde de privatizações não clássicas, por dentro, com acesso direto ao recurso da saúde, total autonomia na execução das ações e contratação dos recursos humanos desqualificados e precarizados, através de processos seletivos sem estabilidade e com vínculo regido pelo regime celetista, inclusive transferindo a responsabilidade da má qualidade dos serviços para esses profissionais de saúde.

Ampliam-se diretrizes de contrarreformas na perspectiva de uma política de saúde com escasso ou nenhum financiamento, atendendo assim às requisições da política econômica pautada pelos organismos bancários internacionais que acordaram com o Consenso de Washington (1989). Considera-se que tanto o projeto privatista como o do SUS possível (Soares, 2010), conhecido também como Reforma Sanitária Flexibilizada, avançam no campo da saúde pautados na cartilha neoliberal, estabelecendo relações lucrativas cada vez mais próximas com o complexo financeiro industrial médico, hospitalar, farmacêutico e de insumos, como também através da compra direta de consultas, procedimentos e exames, ou utilização de planos e convênios privados (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

Diferente do projeto de reforma sanitária, ambos os projetos (privatista e flexibilizado), dialogam com a centralidade conservadora nas políticas sociais que remete a uma estrutura de Estado Social cada vez mais voltados ao interesse do grande capital (CISLAGHI, 2016), cabendo aqui o destaque a saúde por meio do favorecimento e da transferência de fundo público ao capital.

No governo de Dilma Rousseff (2011-2016), vinculada ao PT e em conjunto com o governo anterior de Lula, a expropriação da classe trabalhadora por meio do SUS foi adensada. Uma das principais estratégias neoliberais para a captura do fundo público na política de saúde aconteceu nos anos 2000, quando diversos fundos de investimento e de pensão vinculados ao Banco Mundial associaram-se a hospitais, seguradoras e planos de saúde, redes laboratoriais (ANDREAZZI, 2014).

Soma-se a entrada do capital estrangeiro na política de saúde, o aumento expressivo dos planos privados de saúde acessíveis, que consistiram no atendimento de emergência, urgência

e ambulatorial com cobertura reduzida, bem como menor número de unidades assistenciais e de especialidades médicas. Para Andreazzi:

As estratégias de crescimento das empresas de planos de saúde se esbarram na extrema concentração de renda e riqueza brasileira. Nos últimos tempos o mercado passa a discutir planos de saúde para populações de mais baixa renda, as chamadas classes C e D que teriam entrado no mercado de consumo (ANDREAZZI, 2014, p. 57).

Andreazzi (2014, p.57) ressalta ainda que o “plano privado de saúde não é produto barato e a despeito de terem sido oferecidos esses produtos no mercado, mais subsídios públicos passam a ser vislumbrados”. Nesse sentido, subsídios são oferecidos a servidores públicos da união, estados e municípios para que também se associem a planos privados.

Por fim, destaca-se também a mais nova estratégia neoliberal de captura do fundo público na saúde, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). A empresa foi criada para atuar como uma “empresa pública de direito privado, ligada ao Ministério da Educação para reestruturar os Hospitais Universitários (HUs) federais” (BRAVO; MENEZES, 2011).

A EBSERH contratou profissionais em regimes que aumentam a precarização do trabalho, aprofundando os níveis de exploração e autonomia dos trabalhadores. A criação simboliza mais um mecanismo de privatização da saúde durante o governo Lula, que a instituiu através da lei nº 12.550/2011. Com a justificativa da “saída para a crise”, Fernandes (2017) destaca que esse modelo de gestão, mesmo caracterizado como empresa pública, possibilitou a realização de convênios com entidades privadas ampliando a desresponsabilização do Estado na execução direta dos serviços.

Esse novo modelo de gestão precariza ainda mais os vínculos de trabalho e agudiza a crise instalada nos HUs que, obviamente, passa pelo desfinanciamento dos hospitais. Aliás, todos os chamados “novos modelos de gestão” descritos anteriormente, compõem um grande projeto de privatização da saúde incorporar a lógica privada do mercado, apropriando-se do fundo público através da gestão dos serviços públicos de saúde. Porém, nos cabe aqui a análise de um modelo específico que se espalhou no estado do Tocantins, que são as Organizações Sociais de Saúde (OSS).

### **3.3. Organizações Sociais de Saúde (OSS): os números da privatização da saúde e a resistência da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde**

As OSS compõem a lógica geral das Organizações Sociais (OS), no entanto priorizam a sua atuação na política de saúde. As OSS também participam dos processos de contrarreforma do Estado no Brasil atendendo aos interesses do grande capital ligados à financeirização, através do ideário neoliberal. As OSS também seguem as diretrizes impostas pelo Banco Mundial (BM) e pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), conforme já sistematizado anteriormente.

No contexto de captura do fundo público, a saúde também é central na ampliação e na dominação do capital financeiro. A atuação do grande capital no fundo público da saúde, como já contextualizado nesse estudo, se dá também a partir da transferência da gestão dos serviços públicos de saúde para o setor privado. Nesse sentido, na década de 1990, no florescer das contrarreformas do Estado, as OSS assumem um papel importante e se consolidam como as primeiras experiências de atuação privada na prestação direta dos serviços públicos de saúde, é a privatização e a terceirização do SUS (SANTOS, 2014).

As OSS concebidas também pela Lei Federal nº 9.637/98, apresentam flexibilização para a contratação de pessoal, dispensa de licitação na aquisição de bens e serviços, possuem um controle interno de prestação de contas formado por um Conselho de Administração, e por isso se desobrigam a prestar contas aos órgãos de controle externo e interno no âmbito da administração pública. A Lei 9.637/1998 também permite que as OSS celebrem contrato de gestão incluindo além do repasse de recursos do orçamento da saúde, também a cessão de bens, equipamentos e servidores públicos concursados e em regime de contrato direto com o Estado (BRASIL, 1998b).

A legislação das OSS já expõe a submissão total da gestão pública nos processos de privatização, o que revela os traços constituintes do projeto de total desmantelamento do SUS. Um projeto que é desvelado em números que simbolizam o crescimento das OSS no Brasil e o fortalecimento desse setor nos processos de financeirização do capital.

Segundo dados publicados em 2019 pelo IBGE na pesquisa MUNIC 2018<sup>13</sup>, o número de estabelecimentos de saúde nos municípios com administração de terceiros cresceu de 10,6%, em 2014, para 13,2%, em 2018. A pesquisa MUNIC revelou ainda que cresceu em 76% o número de municípios com presença de OSS, passando de 182 em 2014 para 270 em 2018.

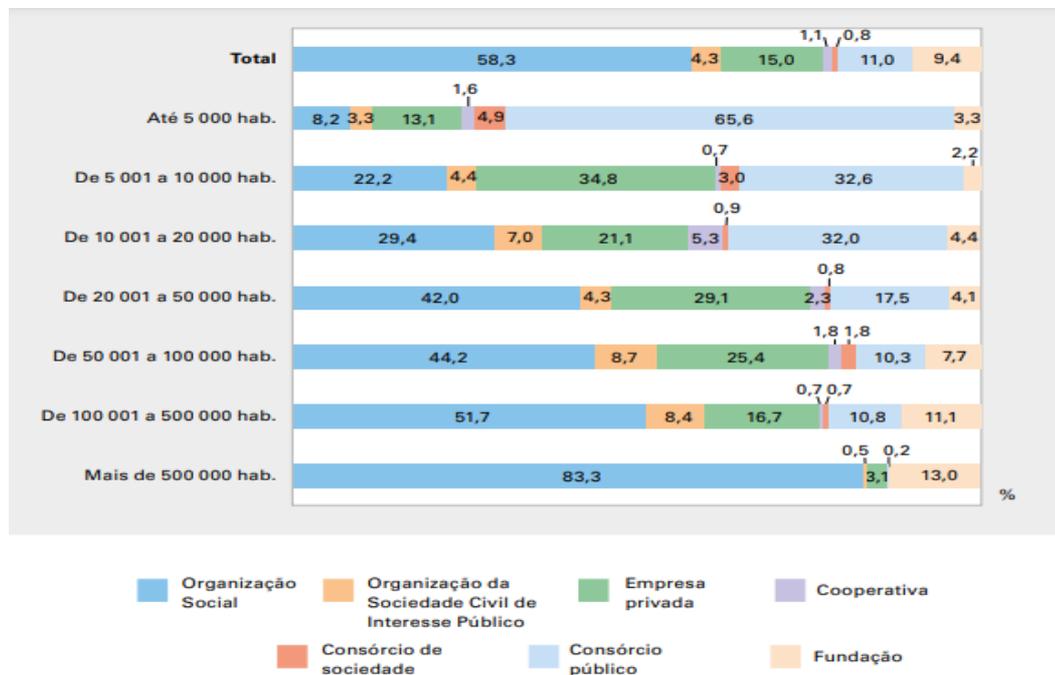
---

<sup>13</sup> A Pesquisa de Informações Básicas Municipais (MUNIC) realizada pelo IBGE, anualmente, compõe um consolidado de dados estatísticos e cadastrais, apresentando para sociedade indicadores de avaliação e monitoramento dos quadros institucional e administrativo das municipalidades. Ela traz um caderno complementar com temas específicos, que foi o caso do ano de 2018 que trouxe a temática da saúde.

No âmbito dessa terceirização de estabelecimentos municipais, dos 3.013 estabelecimentos de saúde terceirizados, 1756 eram administrados por OSS, equivalente a 58,3%, conforme figura 1.

Se analisarmos os tipos de modelo de gestão (tipos de terceirização) por porte populacional, ou seja, de acordo com o número de habitantes, 65,0% dos estabelecimentos municipais de saúde terceirizados eram administrados por consórcios públicos, em municípios com mais de 500 mil habitantes, 83,3% das terceirizações são via OSs.

Figura 1 -Número de estabelecimentos de saúde de municipais por tipo de terceirização, Brasil, 2018

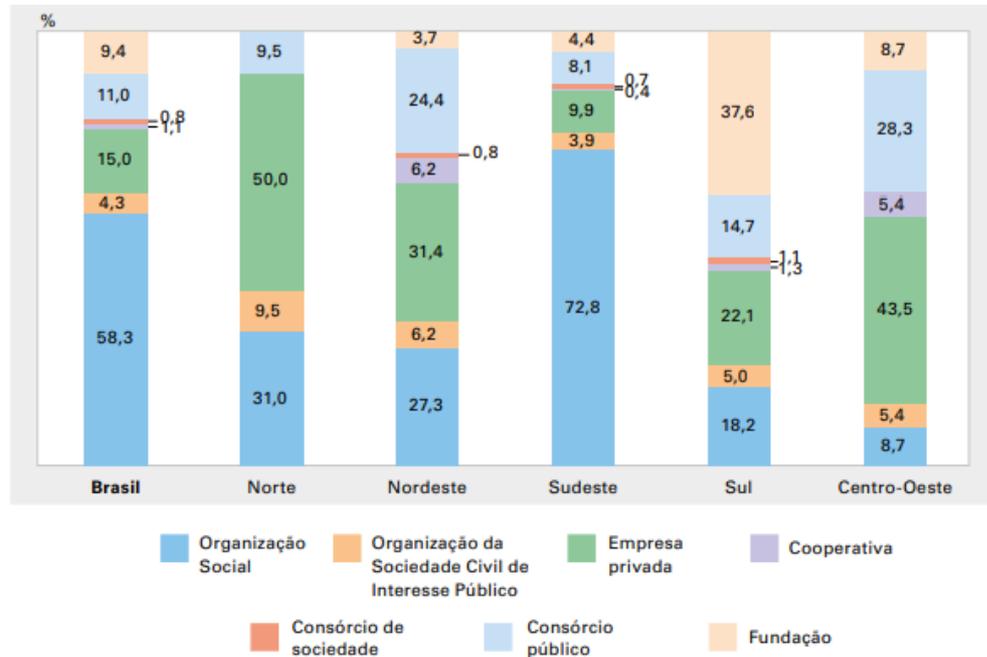


Fonte: Pesquisa de Informações Básicas Municipais, IBGE, 2018.

Por região, os estabelecimentos municipais terceirizados via OSS se concentram na região Sudeste, com 72,8% do total de unidades de saúde. Já na região Norte 31% são terceirizados por OSS, ocupando a segunda posição entre as regiões, ultrapassando a região Nordeste com 27,3%, a região Sul com 18,2% e a região Centro Oeste com 8,7%.

Os dados revelam o quanto as OS têm crescido em número de contratos de gestão de estabelecimentos municipais de saúde em relação às outras formas de gestão (OSCIP, empresas privadas, cooperativas, consórcios de sociedade, consórcios públicos e fundações).

Figura 2 -Número de estabelecimentos de saúde de municipais por tipo de terceirização e por região, Brasil, 2018



Fonte: Pesquisa de Informações Básicas Municipais, IBGE, 2018.

O crescimento das OSS é espantoso, mas previsível pois é componente do projeto de reforma do Estado e têm pautado todas as políticas de governo no Brasil desde o período da redemocratização. No entanto, há resistência de diversos movimentos sociais que defendem o SUS público, 100% estatal, gratuito e de qualidade, com destaque para a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde (FNCPS).

Destaca-se o protagonismo da FNCPS, pois foi esse movimento social que, por meio do campo jurídico, em 2010, e através da ADI 1.923/98 (pela inconstitucionalidade da Lei 9.637/98 de criação das OSs), articulou-se com diversas outras entidades e movimentos sociais para a criação dessa frente anticapitalista, de esquerda e suprapartidária.

Os diversos modelos de gestão privatizantes da saúde impulsionaram a criação da FNCPS, em 2010, tendo como bandeira de luta a defesa do SUS público e 100% estatal e contras todas as formas de privatização da saúde representados pelas Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP); pelas propostas das Parcerias Público-Privadas (PPP), Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

Hoje, a FNCPS é composta por fóruns e frentes estaduais e/ou municipais, movimentos e entidades nacionais que se articulam em torno da luta em defesa do SUS público, 100% estatal, gratuito e de qualidade. Dentre os mesmos, encontramos organizações populares, sociais e sindicais, entidades profissionais e estudantis, partidos políticos, projetos de extensão

universitários, trabalhadores/as da política de saúde, militantes da área da saúde e da seguridade social (BRAVO; et al., 2019).

Nos enfrentamentos da FNCPS, destaca-se o documento “Contra fatos não há argumentos que sustentem as Organizações Sociais no Brasil”, que foi apresentado aos Ministros do STF, contendo um consolidado de fatos ocorridos nos estados e municípios brasileiros que implantaram o modelo de terceirização via Organizações Sociais de Saúde (OSS), com comprovação de inúmeros prejuízos à sociedade, a classe trabalhadora e ao erário público.

No Tocantins, em dezembro de 2014, têm início uma articulação para implantação do Fórum Tocantinense contra a Privatização da Saúde (FTCPS), vinculado a FNCPS, com a participação de diversos movimentos sociais dentre eles, o Movimento dos Atingidos por Barragens, Movimento dos Trabalhadores Sem Terra, Conselho Estadual de Saúde, Conselho Regional de Serviço Social, Sindicato dos Docentes da UFT, Nova Central Sindical, trabalhadores e usuários da saúde. O FTCPS concentra seus esforços na luta pelo SUS público e estatal no estado do Tocantins, contra todas as formas de privatização da saúde. O FTCPS se destaca principalmente na atuação política contra a gestão terceirizada da EBSEH no âmbito da implantação do HU-UFT.

As consequências das OSS para a saúde pública são graves como comprova o documento da FNCPS. No entanto, esse modelo de privatização segue em pleno vapor, se espraiando por estados e municípios, como é o caso do Tocantins, que amargou a administração de diversas OSS e OSCIP desde a sua criação até os dias atuais. O aprofundamento da privatização, especificamente nesse estado, é um dos objetivos do capítulo 3, que analisará com detalhes a gestão da OSS Pró-Saúde no maior hospital público do Tocantins, o Hospital Geral de Palmas.

#### 4. A LÓGICA PRIVADA NO SUS DA CAQUISTOCRACIA<sup>14</sup> TOCANTINENSE

Nesta seção, será abordado brevemente como as Organizações Sociais de Saúde (OSS), ao longo de três décadas, se apropriaram do fundo público da saúde no Tocantins, com destaque para a Pró-Saúde – OSS que administrou diversas unidades hospitalares em diferentes momentos, ocupando um papel de destaque na intensificação da privatização do SUS no estado. Assim, descrevemos o modelo de gestão da organização social da Pró-Saúde (Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar), em aproximações sucessivas, a fim de alcançar o último objetivo desta pesquisa: caracterizar essa relação público-privada na política de saúde e os projetos em disputa no interior do SUS no Tocantins, delimitando para o estudo, a atuação da OSS entre os anos de 2011 e 2012<sup>15</sup>, na gestão do maior hospital público do estado, o Hospital Geral de Palmas.

Para o alcance desse objetivo, foi fundamental a pesquisa documental por meio da coleta e análise de arquivos de: edições do diário oficial do estado do Tocantins e de outros estados, leis, portarias e decretos relacionados ao contrato de gestão de administração hospitalar pela Pró-Saúde, relatórios orçamentários e de planejamento da Secretaria de Estado da Saúde e da Pró-Saúde com metas, ações e indicadores sociais de saúde propostos e executados, inquéritos civis de órgãos de controle interno e externo (Tribunal de Contas da União e do Estado, Ministério Público Federal e Estadual), além de notícias de investigações e denúncias em sites eletrônicos e jornais impressos.

##### 4.1. A progressiva privatização do SUS no Tocantins: um retrato histórico das OSS e OSCIPs na gestão da saúde pública estadual

O Tocantins, o mais novo estado do Brasil, chega aos seus atuais 33 anos colecionando governos que fortaleceram a lógica privada nas políticas sociais, especialmente com parcerias público-privadas na saúde. Nessa caquistocracia, ou no governo dos piores e dos menos qualificados, a palavra de ordem é "quanto pior, melhor" – pior para a classe trabalhadora e

---

<sup>14</sup> Caquistocracia é um termo utilizado frequentemente pela imprensa brasileira para designar o governo de Jair Bolsonaro (atual presidente do Brasil) e de Donald Trump (ex-presidente dos EUA). A palavra significa governo dos piores, dos menos qualificados, e têm origem grega na palavra *kakitos* (superlativo de ruim) e *kratos* (poder). Ver mais em: <https://diplomatie.org.br/a-caquistocracia/>

<sup>15</sup> Cabe destacar que o contrato da Pró-Saúde com a SESAU compreendia os anos de 2011, 2012 e 2013. No entanto, devido às diversas denúncias e investigações em relação aos desvios de recursos públicos da saúde, o contrato foi rompido e a Pró-Saúde administrou os hospitais do estado entre o período de setembro de 2011 a julho de 2012. Esse é o intervalo de análise dessa pesquisa.

melhor para a burguesia local. Durante as mais de três décadas, o Tocantins foi administrado por diversos governos que intensificaram a privatização da saúde em contraposição ao irrisório investimento no SUS. Em quase um terço do tempo de existência do estado do Tocantins, a rede hospitalar de saúde pública foi administrada por OSS e OSCIP. Nessa relação em conceder preferência ao setor privado, o SUS foi progressivamente fragilizado e colocado à disposição dos interesses do grande capital.

Para compreender o Tocantins, é necessário trazer à luz o atual cenário de aprofundamento das privatizações na saúde para assim elucidar o caminho que oportunizou a entrada da Organização Social de Saúde (OSS) Pró-Saúde (Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar) no SUS e sua relação de apropriação do orçamento público da saúde no estado.

O histórico de sucessivas formas de privatização da saúde pública do Tocantins evidencia um SUS extremamente dependente em seu funcionamento de parcerias público-privadas, sobretudo na esfera da média e alta complexidade das ações de saúde. Por isso, é indispensável demarcar o momento sócio-histórico que esse estudo foi produzido, ao passo que há relação direta entre o atual cenário de caos na saúde pública que vivemos e como chegamos aqui sem estrutura de serviços de saúde pública pois historicamente foram privatizadas no estado do Tocantins.

A pesquisa foi produzida entre 2020-2021, período que se alastrou mundialmente um vírus que assusta, isola e mata milhares de pessoas por diversos países. Chamada de Covid-19, a doença causada pela rápida propagação do vírus SAR-CoV-2, ou popularmente conhecido como novo coronavírus, registrou até janeiro de 2021 mais de 177 milhões de casos confirmados pelo mundo e mais de 3,8 milhões de mortes<sup>16</sup>. No Brasil, a pandemia de Covid-19 já infectou mais de 17 milhões de brasileiros e ceifou a vida de 496.004 pessoas<sup>17</sup>. No estado do Tocantins, os números chegam a 191.469 casos positivos de Covid-19 e 3.072 óbitos pela doença<sup>18</sup>. Estatísticas alarmantes que revelam a situação de emergência em saúde pública que vivemos.

Nesse cenário pandêmico, o vírus que se espalha rapidamente pelo ar contamina a população e impõe a necessidade de isolamento social, distanciamento entre as pessoas, higiene

---

<sup>16</sup> Dados até 18 de junho de 2021, segundo a Organização das Nações Unidas (OMS). Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>

<sup>17</sup> Dados até 18 de junho de 2021, segundo o Ministério da Saúde. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>

<sup>18</sup> Dados até 18 de junho de 2021, segundo a Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins. Disponível em: <http://integra.saude.to.gov.br/covid19>

das mãos, uso de máscaras por todos/as, uma rede de saúde com vigilância epidemiológica de resposta rápida e com estrutura de saúde suficiente de alta e média complexidade para o atendimento de casos graves que necessitam de hospitalização em leitos clínicos ou de Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Assim, o enfrentamento à Covid-19 exige uma rede de saúde equipada para detecção de casos, monitoramento dos infectados, aquisição de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e de Proteção Coletiva (EPC) para os/as trabalhadores/as de saúde, estoque suficiente de camas, oxigênio hospitalar, medicações para sedação e respiradores para a ventilação mecânica de pacientes que já não conseguem respirar em ar ambiente.

Contudo, o que existe hoje é uma ausência histórica de estrutura na rede de saúde pública, com predileção dos gestores locais em transferir recursos públicos para empresas privadas, assumindo o não investimento e consequente sucateamento do SUS. Durante o primeiro ano da pandemia de Covid-19 no Tocantins, em 2020, sob a gestão do governo de Mauro Carlesse, do partido Democratas (DEM), o recurso da saúde massivamente foi repassado para empresas no âmbito da aquisição de insumos, mas também no pagamento de leitos clínicos e de UTI credenciados e sob domínio da rede privada de hospitais do estado. Notadamente, o governador Carlesse privilegiou o financiamento do setor privado da saúde, inclusive com a contratação de uma Organização Social em Saúde (OSS), em oposição ao parco investimento nos equipamentos públicos do SUS já existentes.

A exemplo dessa transferência do fundo público para o setor privado, nota-se que até 26 de fevereiro de 2021, do total de R\$ 122.056.646,34 (pagamentos efetuados e proveniente do Fundo Estadual de Saúde (FES) no enfrentamento à pandemia de Covid-19)<sup>19</sup>, 48,80%, ou seja, R\$ 59.570.566,47 foram destinados à empresas e hospitais privados na oferta de leitos clínicos e de UTI para o atendimento de pacientes confirmados ou suspeitos para a contaminação da doença. Desse montante de mais de 59 milhões de reais transferido para o setor hospitalar privado, R\$ 31.355.188,07, ou seja, 52,46% são referentes ao pagamento da OSS chamada Instituto de Saúde e Cidadania (ISAC) para administrar o hospital de campanha no enfrentamento à Covid-19<sup>20</sup>.

O ISAC é uma Organização Social de Saúde (OSS), sem fins lucrativas de acordo com o seu regimento interno<sup>21</sup>, e apresenta como finalidade a prestação de assistência hospitalar,

---

<sup>19</sup> Segundo dados do Portal da Transparência, sessão "Gráficos dos empenhos e pagamentos". Disponível em: <https://www.transparencia.to.gov.br/>

<sup>20</sup> Após abril/maio de 2021, outras empresas, como a INNMED Gestão em Saúde LTDA, passaram a administrar novos leitos de UTI dos hospitais estaduais em outras cidades do estado.

<sup>21</sup> Ver mais em: <https://isac.org.br/>

gerenciando 16 unidades de saúde e presente em 06 estados do Brasil. Na gestão estadual do Tocantins, o ISAC administra, desde setembro de 2020, o hospital de campanha do estado, em uma estrutura fixa, de caráter temporário, que presta assistência de média e alta complexidade à população na situação de emergência de saúde pública da pandemia de Covid-19. A empresa é contratada ainda para gerir todos os leitos públicos de UTIs Covid-19 dos 03 maiores hospitais públicos estaduais do Tocantins, localizados nos municípios de Palmas, Araguaína e Gurupi, com contratos que totalizam R\$ 33.252.100,08 por um período de 06 meses<sup>22</sup>. Salienta-se que a referida OSS possui também outros contratos no Tocantins que envolvem a gestão dos serviços públicos de saúde, os quais estão sob investigação da Polícia Federal por desvios que somam mais de 6 milhões de reais<sup>23</sup> retirados dos recursos do Fundo Municipal de Saúde de Araguaína, que envolvem a gestão da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Hospital Municipal de Araguaína (HMA) e Ambulatório Municipal de Especialidades (AME)<sup>24</sup>.

Até o momento, o valor repassado para a OSS é considerável e corrobora a tese de apropriação do fundo público, uma vez que foram repassados recursos financeiros para o setor privado por meio dos novos modelos de gestão, nesse caso a Organização Social de Saúde. Cabe destacar ainda que historicamente as OSS são contratadas sem processo de licitação, com ausência de controle social e com vínculos de trabalho precários, promovendo ainda desvios de recursos públicos (SANTOS, 2014).

Evidente que a pandemia de Covid-19 acelerou os processos de privatização da saúde, especialmente no âmbito dos serviços de média e alta complexidade que deveriam ser fruto de investimento nas estruturas dos hospitais públicos já existentes. Tempos de crise sanitária e econômica que se acentuam com o progressivo desmonte do SUS e a naturalização das parcerias público-privadas (SILVA; RUIZ, 2020).

O exemplo anterior mostra que no atual cenário de pandemia, a caquistocracia tocantinense priorizou os investimentos no setor privado da saúde, o que é histórico se observamos os diversos mandatos anteriores de governos estaduais das mais variadas siglas partidárias, convictos defensores de uma direção política privatizante já entranhada na execução das políticas sociais locais.

---

<sup>22</sup> Diário Oficial nº 5680 de 04 de setembro de 2020, processo nº. 2020.30550.004809. Disponível em: <https://diariooficial.to.gov.br/>

<sup>23</sup> Disponível em: <https://gazetadocerrado.com.br/araguaína-suposto-desvio-do-isac-e-superior-a-r-67-milhoes-veja-quem-sao-os-avos-de-busca-e-apreensao/>

<sup>24</sup> Operação intitulada SEMPITERNUS. Disponível em: <https://www.gov.br/pf/pt-br/assuntos/noticias/2021/02/a-policia-federal-desarticula-esquema-de-desvios-de-recursos-do-fundo-municipal-de-saude-em-araguaína-to>

Essas atuais formas de privatização da saúde nascem no Tocantins na década de 1990, nos dois mandatos (1995-1998/1999-2003) sob a gestão do governador José Wilson Siqueira Campos (partido DEM). Durante 09 anos, entre 1994-2003, a Sociedade Beneficente São Camilo (SBSC) e, posteriormente, a Pró-Saúde<sup>25</sup>, gerenciaram 14 hospitais públicos estaduais, denominados na época como hospitais comunitários. Inicialmente, a Secretaria de Estado da Saúde (SESAU) cedeu imóveis, mobiliários e recursos humanos para que a Sociedade São Camilo implantasse os hospitais. Com a saída dessa organização, a terceirização das unidades foi repassada para a Pró-Saúde. A contratação dessa OSS foi justificada pela necessidade de se agilizar compras de insumos com “menor custo” (TOCANTINS, 2004).

A Sociedade Beneficente São Camilo (SBSC) é uma entidade civil de direito privado, filantrópica, de fins não lucrativos, religiosa, fundada em 1923, segundo o Estatuto Social da referida organização<sup>26</sup>. A SBSC é vinculada desde a sua criação aos padres camilianos da Igreja Católica e possui como finalidade prestar assistência na área de saúde e da educação, administrando atualmente 50 unidades de saúde e educação, dentre elas, 30 hospitais e 13 centros de educação infantil da Prefeitura Municipal de São Paulo.

No âmbito da estrutura administrativa da Sociedade Beneficente São Camilo, foi criado o departamento de Gerência Hospitalar em 1985, especificamente para administrar hospitais próprios e de terceiros. Uma década depois, em 1996, a SBSC contabilizava uma rede de 87 hospitais sobre a sua administração. Porém, pelo conjunto de fatores que incluem o surgimento do SUS na década de 1980-1990, o crescimento do setor hospitalar privado e decisões internas da própria igreja católica, a Sociedade São Camilo desmembrou desta gerência a administração dos hospitais próprios dos hospitais de terceiros.

A partir dessa desvinculação, é criada a Pró-Saúde que passa a administrar a terceirização das unidades não próprias. Segundo os registros da Pró-Saúde, em tom messiânico, a empresa assumiu “toda a responsabilidade e riscos, sem a estrutura da São Camilo”, evidenciando ainda que “passou a negociar com vários hospitais a transição dos contratos para a Pró-Saúde” (CYTRYNOWICZ, 2012, p. 96). No entanto, o que se observa é que a Sociedade São Camilo criou uma extensão da sua organização para administrar apenas hospitais públicos, possivelmente vislumbrando um novo nicho de mercado ainda não explorado após a criação do Sistema Único de Saúde e a pouca experiência em administração hospitalar de diversos estados e municípios.

---

<sup>25</sup> Sobre essa terceirização, não foram encontrados documentos públicos de acesso aberto que descrevessem os valores dos contratos.

<sup>26</sup> Ver mais em: <https://www.ceisaocamilo.org.br/>

A Pró-Saúde foi implantada a partir da experiência e com parte dos recursos humanos oriundos da Sociedade São Camilo, e ainda utilizou a personalidade jurídica da Associação Monlevade de Serviços Sociais, existente desde 1967, instituição também vinculada aos padres camilianos. Nessa empreitada de apropriação do fundo público, uma figura é emblemática e reaparece de tempos em tempos no Tocantins para consolidar alianças e contratos com a saúde pública, principalmente com o governador Siqueira Campos. Tal figura é conhecida como o padre camiliano<sup>27</sup> Niversindo Antonio Cherubin que historicamente ocupou cargos na direção da Sociedade Beneficente São Camilo e fundou a Pró-Saúde.

Padre Niversindo foi o principal articulador em conjunto com a Confederação das Santas Casas, Hospitais e Entidades Filantrópicas do Brasil (CMB), junto com o então governador Siqueira Campos, nos processos de privatização dos hospitais estaduais. Assim, entre 1994 e 1996, os hospitais comunitários (estaduais) foram administrados pela Gerência Hospitalar vinculada a SBSC e, após os anos de 1996 e 1997, foi transferido o contrato para a Pró-Saúde (CYTRYNOWICZ, 2012). Desse modo, o Tocantins é considerado o nascedouro das Organizações Sociais de Saúde, pois a administração dos 14 hospitais sob o comando da Pró-Saúde, consolidou-se como um dos primeiros modelos de terceirização de saúde pública do Brasil<sup>28</sup>.

É também simbólico que a implantação de uma OSS no estado do Tocantins se deu justamente na gestão do governador José Wilson Siqueira Campos, que exerceu o papel de fundador do estado. Personalidade política associada à figura da libertação do povo do norte do Goiás esquecido. No primeiro mandato de Siqueira Campos (1989-1991), o estado do Tocantins já é criado vinculado às privatizações pautadas pelo PDRAE. Dessa forma, os processos de privatização na era Siqueira Campos foram associados ao discurso de Estado moderno e que possibilitasse atrair o setor do empresariado nacional e os profissionais liberais.

Juntos, o governador Siqueira Campos e o padre camiliano Cherubin, representam as figuras precursoras da trágica terceirização na saúde pública do Tocantins, a princípio com a contratação de uma entidade social e, posteriormente, com a implantação da organização social de saúde, consolidada com a Reforma do Estado de Bresser Pereira.

Em 2003, a mudança de governo propiciada pelas eleições finaliza o contrato de quase uma década da Pró-Saúde com o governo do estado do Tocantins. Por consequência, a Secretaria de Estado da Saúde assume temporariamente a gestão das 14 unidades hospitalares

---

<sup>27</sup> Os padres camilianos são ligados à missão de São Camilo de Lellis, conhecido como o santo padroeiro dos enfermos e dos hospitais.

<sup>28</sup> Ver mais em: <http://www.noticiashospitales.com.br/jul2003/pgs/ultima.htm>

e, rapidamente, o governador eleito para o mandato (2003-2007), Marcelo de Carvalho Miranda, do partido MDB, de modo igual, optou pela privatização da saúde no estado através de contrato com a OSCIP Brasil para administrar os mesmos 14 hospitais públicos estaduais.

O contrato entre a OSCIP Brasil, uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e o governo do estado do Tocantins durou entre os anos de 2003 e 2004 e foi considerado ilegal pela Justiça Federal no Tocantins que evidenciou a prática de improbidade administrativa, com ausência de processo licitatório e de seleção da referida organização. Na época, a decisão do Tribunal Regional Federal da 1ª Região, processo nº 0006973-16.2014.4.01.4300<sup>29</sup>, declarou a nulidade da contratação da OSCIP e a devolução dos recursos recebidos pela mesma, além do bloqueio de bens do governador Marcelo Miranda<sup>30</sup>. Em 2018, após recurso, a decisão se manteve e o ex-governador foi condenado a prisão por peculato, apropriação de bens públicos e dispensa de licitação<sup>31</sup>.

O Ministério Público Federal (MPF) no Tocantins que ajuizou ação civil pública contra o governo do estado e a OSCIP Brasil argumentou que houve desvios e contratações irregulares com enormes prejuízos ao erário público que totalizam mais de 23 milhões de reais. No processo e na decisão judicial em questão, a justiça cita que a OSCIP foi escolhida de forma imparcial e sem critérios, além de não apresentar condições estruturais de execução dos serviços contratados e tampouco experiência anterior na área de saúde. Os valores firmados no termo de contratação se constituíram em repasses mensais de “R\$ 300.000,00 à OSCIP BRASIL, pelo Estado do Tocantins, a título de administração, e repasses vários, que resultaram na colocação total de R\$ 14.400.000,00, sob sua gestão e, posteriormente, de um total de R\$ 23.130,328,13” (BRASIL, 2018, p. 16-17)

Nos autos da decisão judicial, é possível verificar que a OSCIP Brasil foi criada dois anos antes da formalização deste contrato e possuía apenas dois funcionários no seu quadro de recursos humanos. É evidente ainda que essa contratação foi fruto de uma articulação do diretor da empresa, Eduardo Henrique Saraiva Farias, e do primo do governador, Paulo Cesar Miranda Coelho, conforme relatos inseridos no teor da sentença.

---

<sup>29</sup> Decisão disponível na íntegra: <https://processual.trf1.jus.br/consultaProcessual/processo.php?proc=69731620144014300&secao=TO&nome=MARCELO%20DE%20CARVALHO%20MIRANDA&mostrarBaixados=S>

<sup>30</sup> Decisão do TRF 1ª Região. Disponível em: <https://portal.trf1.jus.br/portaltrf1/comunicacao-social/imprensa/noticias/decisao-sao-ilegais-convenios-firmados-entre-entes-publicos-e-oscips-para-gestao-hospitalar-com-contrapartida-financeira.htm>

<sup>31</sup> Ver em: <https://g1.globo.com/to/tocantins/noticia/2018/08/24/marcelo-miranda-e-condenado-a-mais-de-13-anos-de-prisao-por-contratacao-irregular-e-apropriacao-de-recursos.ghtml>

O objeto de contratação da OSCIP foi o gerenciamento dos hospitais públicos estaduais, porém, a sua finalidade estatutária se limitava à execução de ações complementares de saúde. Ademais, a decisão judicial cita que a finalidade do contrato com a OSCIP Brasil “não se tratava de complementar a gestão da saúde, senão de assumi-la por completo, mediante atos de evidente abuso de forma”, sendo que a atuação dessas entidades na área da saúde deve ser “marcada pela gratuidade e apenas em caráter complementar, nunca principal” (BRASIL, 2018, p. 18-19).

A OSCIP não conseguiu executar os serviços de saúde por sua incapacidade técnica e operacional, gerando um caos nos hospitais inclusive com desabastecimento de insumos. A sentença cita que houve ausência de prestação de contas dos valores recebidos e que a empresa acumulou dívidas com os fornecedores de material hospitalar.

Esse progresso de privatizações na saúde com o envolvimento de figuras políticas em inúmeros desvios e na colaboração da apropriação privada dos recursos públicos não foram suficientes para cessar com as parcerias pública-privadas no Tocantins, pelo contrário, aceleraram ainda mais os processos privatizantes no interior do SUS. Anos depois, entre 2011 e 2012, com o retorno do governador Siqueira Campos, a figura precursora das parcerias público privadas, para o mandato (2011-2014), é firmado um dos maiores contratos de terceirização da saúde do Tocantins, novamente com a Pró-Saúde, envolvendo desta vez a gestão de 17 unidades hospitalares por um valor anual de R\$ 258.484.789,00.

#### **4.2. A consolidação da OSS Pró-Saúde no Brasil**

A Pró-Saúde consolidou-se não apenas no Tocantins, mas como uma OSS de destaque nacional, caracterizada por ser uma organização civil de direito privado, sem fins lucrativos, filantrópica, entidade de utilidade pública, com um rol de finalidades que transitam pela prestação de serviços na área de educação, saúde e assistência social. A entidade é vinculada desde a sua criação à igreja católica, inclusive com a atual diretoria formada por 08 cargos, todos ocupados por personalidades da hierarquia religiosa, como padre, monsenhor, bispo e cônego<sup>32</sup>.

Nacionalmente, a Pró-Saúde alargou seu campo de atuação após a lei de criação da OSS (lei 9.637/ 2008) e se consolidou em diversos estados da federação. Segundo o Relatório Institucional da Pró-Saúde 2019, a OSS possui atuação em 10 estados e mais de 20 municípios,

---

<sup>32</sup> A composição da diretoria para o mandato até 23/04/2021 está disponível em: <https://www.prosaude.org.br/wp-content/uploads/2020/09/Rela%C3%A7%C3%A3o-Dirigentes.pdf>  
O estatuto pode ser acessado em: <https://www.prosaude.org.br/wp-content/uploads/2020/09/Estatuto-Social-Atual.pdf>

além de já ter administrado 145 hospitais em toda a sua história. A Pró-Saúde possui, além da sede administrativa em São Paulo, escritórios regionais em Palmas/TO, Rio de Janeiro/RJ e São Paulo/SP. Atualmente, segundo as informações dos demonstrativos financeiros da Pró-Saúde publicados em diário oficial de São Paulo no dia 30 de abril de 2020, a OSS têm os seguintes contratos em atividade no setor de saúde pública no Brasil:

Tabela 2 – Unidades de públicas de saúde no Brasil sob a gestão da Pró-Saúde em 2019

	<b>Hospitais</b>	<b>Cidade/UF</b>
1	Hospital Regional do Sudoeste do Pará Dr. Geraldo M De Castro Veloso	Marabá/PA
2	Hospital Regional Da Transamazônica	Altamira/PA
3	Hospital Regional Do Baixo Am Do Pará Dr Waldemar Penna	Santarém/ PA
4	CAPS AD	Mogi das Cruzes/SP
5	Serviço De Atendimento Móvel De Urgência De Mogi Das Cruzes/SP	Mogi das Cruzes/SP
6	Hospital Estadual Getúlio Vargas	Rio de Janeiro/RJ
7	Hospital Metropolitano De Urgência E Emergência	Ananindeua/PA
8	Hospital Deputado Luís Eduardo Magalhães	Mairi/ BA
9	Hospital Estadual Do Cérebro Paulo Niemeyer	Rio de Janeiro/RJ
10	Hospital Público Estadual Galileu	Belém/PA
11	Hosp. Mun. De Mogi Das Cruzes Pref. Waldemar Costa Filho	Mogi das Cruzes/SP
12	Hospital Oncológico Infantil Octavio Lobo	Belém/PA
13	Hospital Estadual De Urgência E Emergência	Vitória/ES
14	UBS Alto do Ipiranga	Mogi das Cruzes/SP
15	Única Fisioterapia e Reabilitação	Mogi das Cruzes/SP
16	UPA Porte II	Mogi das Cruzes/SP
17	Hospital Materno Infantil de Barcarena - Dra. Anna Turan	Barcarena/PA

Fonte: Elaboração própria com base no balanço patrimonial exercícios findos em 31 de dezembro de 2019 da Pró-Saúde

Os números elevados não se limitam à quantidade de unidades hospitalares geridas pela OSS, mas também nos valores referentes ao seu patrimônio e as inúmeras denúncias, investigações e processos judiciais sofridos em diversos estados.

Segundo dados do Valor Econômico, no ano de 2020 (referente às informações analisadas no exercício de 2019), a Pró-Saúde ocupou a 571ª posição no ranking das 1000 maiores empresas do Brasil. Na categoria de serviços médicos, a OSS chegou à 21ª posição entre as maiores empresas do setor, formado principalmente por grandes redes de hospitais privados e laboratórios. As informações do Valor Econômico destacam ainda um lucro líquido obtido pela empresa no valor de mais de 2,2 milhões de reais no ano de referência<sup>33</sup>. É bastante significativo que a Pró-Saúde, uma entidade que administra hospitais públicos com título de filantropia, se destaca no mercado e ocupa posições de grandes empresas privadas e com lucros satisfatórios.

Segundo as informações dos demonstrativos financeiros da Pró-Saúde, publicados em diário oficial de São Paulo no dia 30 de abril de 2020, o patrimônio da organização social somava 139.798 milhões de reais, com destaque para um superávit de 2.211 milhões de reais. A geração de lucro da Pró-Saúde extrapola os limites da sua atuação enquanto entidade filantrópica, conferindo a ela características de uma empresa que se apropria dos recursos públicos da saúde. Dessa forma, a sua atuação no setor de serviços médicos se dá de acordo com a dinâmica e a expansão desse mercado. Essa lógica de crescimento das OSS, em especial da Pró-Saúde, se mantém em detrimento de um SUS com progressivas reduções em seu investimento, além de condicionar a existência e o funcionamento do sistema público de saúde, a uma dependência do setor privado.

Fica evidente que a lógica de atuação e funcionamento das OSS dependem essencialmente desse título de filantropia, pois proporciona inúmeros benefícios como isenção de contribuições. No que tange a condição de entidade de interesse social, as OSS se qualificam para administrar bens e receber recursos públicos. Além disso, também podem ser caracterizadas como empresas de direito privado, o que possibilita autonomia administrativa e maior flexibilização no âmbito financeiro. É possível verificar ainda que, os recursos financeiros recebidos pelas OSS e sua relação com o Estado propiciam lucro e, conseqüentemente, a aplicação no mercado de capitais (MORAIS et al, 2018). As OSS consolidadas pela parceria entre o público e o privado representam a mercantilização do direito à saúde, que:

---

33

Disponível

em:

[https://especial.valor.com.br/valor1000/2020/ranking1000maiores/Servi%C3%A7os\\_M%C3%A9dicos?orderby=receita\\_asc&colunas=id\\_coluna\\_1-id\\_coluna\\_2-id\\_coluna\\_3-id\\_coluna\\_5-id\\_coluna\\_6-id\\_coluna\\_13-id\\_coluna\\_16-](https://especial.valor.com.br/valor1000/2020/ranking1000maiores/Servi%C3%A7os_M%C3%A9dicos?orderby=receita_asc&colunas=id_coluna_1-id_coluna_2-id_coluna_3-id_coluna_5-id_coluna_6-id_coluna_13-id_coluna_16-)

acontecem no âmbito do livre jogo do mercado, no qual predomina uma dinâmica perversa que reduz o direito ao acesso universal, visto que os contratos de gestão propostos constituem modalidades de privatização que visam à transformação do direito em mercadoria, pois seu objetivo é impulsionar a mercantilização dos setores rentáveis do serviço público. Por meio da celebração de contrato de gestão, o Estado cede para as OSS recursos orçamentários, equipamentos, prédios, bens e servidores públicos, a fim de que entidades privadas prestem serviços pelo SUS, compondo o quadro da privatização da saúde (LIMA, 2018, p. 94).

Essa relação público-privada entre Estado e OSS, no caso a Pró-Saúde, se assenta no discurso da eficiência da gestão, o que amplia a consolidação e a entrada das organizações sociais. No entanto, a gestão das OSS nos diversos estados e municípios evidencia problemas relacionados à ineficiência e ao desvio de recursos públicos que resultaram em inúmeras investigações. Nessa perspectiva, a Pró-Saúde se estabeleceu para gerir unidades de saúde pública em diversos estados brasileiros como no Pará, Rio de Janeiro, Espírito Santo e Goiás, e em todos a OSS foi alvo de investigações e condenações por parte dos órgãos fiscalizadores.

Em 2014, a Pró-Saúde estabeleceu contrato de gestão com a Secretaria de Estado de Saúde do Pará (Sespa) para administrar o Hospital Público Estadual Galileu, localizado em Belém/ PA, por um valor total de R\$ 38.171.200,00. Em 2017, após abertura de procedimento administrativo para acompanhar a prestação de contas da OSS referente a esse contrato de gestão, o Ministério Público do Pará (MPPA) verificou que ocorreram atos de improbidade administrativa e instaurou inquérito civil para apurar suposto enriquecimento ilícito e danos ao erário público que somam a quantia de R\$ 14.524.663,37. O MPPA ainda descobriu que a Pró-Saúde firmou termos aditivos de pagamento de serviços que já estavam inclusos no contrato inicial, comprovando a ocorrência de pagamentos duplicados. Foi sinalizado também no inquérito que os valores recebidos nessa contratação foram transferidos para outras unidades hospitalares geridas pela OSS. Nessa investigação que está em tramitação, o Ministério Público pediu a anulação da qualidade de entidade de interesse social da OSS e a condenação do ex-secretário de saúde Simão Janete e da diretoria da OSS pelos atos fraudulentos cometidos<sup>34</sup>.

Situação semelhante de irregularidades de contratos de gestão hospitalar foi verificada no estado do Rio de Janeiro em 2018. A Pró-Saúde administrava diversos hospitais no estado carioca desde 2013 e foi alvo de uma investigação da Polícia Federal em operação intitulada S.O.S., que apontava o desvio de recursos públicos da saúde através de contratos fraudados que somam prejuízos de R\$ 74 milhões<sup>35</sup>. Nesta investigação, foi verificado que a contratação de

<sup>34</sup> Ver mais em: <https://www2.mppa.mp.br/noticias/mppa-requer-a-condenacao-de-envolvidos-na-execucao-irregular-de-contrato-entre-sespa-e-oss-pro-saude.htm>

<sup>35</sup> Ver mais em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2018-08/operacao-da-policia-federal-prende-ex-secretario-de-saude-do-rio>

fornecedores era direcionada para determinadas empresas de escolha da Pró-Saúde, bem como observou-se o pagamento de comissões nas indicações das contratações e a formação de quadrilha envolvendo o secretário de saúde na época, Sérgio Côrtes, durante o governo de Sérgio Cabral. Segundo as investigações, em 2013 metade do faturamento da OSS Pró-Saúde correspondeu aos contratos referentes à gestão das unidades hospitalares do Rio de Janeiro. Tal faturamento é contraditório a sua característica de entidade sem fins lucrativos.

Outras investigações envolvendo a Pró-Saúde também estão em curso nos estados do Espírito Santo e Goiás. No Espírito Santo, a Pró-Saúde administrou durante 05 anos o Hospital Estadual de Urgência e Emergência (HEUE), conhecido como o antigo Hospital São Lucas. No contrato de gestão, em apenas 05 meses foram repassados mais de 91 milhões de reais. A Secretaria de Estado de Controle e Transparência do Espírito Santo identificou que houve um aumento progressivo dos pagamentos sem justificativas e diversas irregularidades como contratação de fornecedores sem estudo de viabilidade financeira<sup>36</sup>. No estado de Goiás, a Organização Social Pró-Saúde também foi alvo de investigação pela Polícia Federal em relação ao contrato de gestão do Hospital de Urgência da Região Sudoeste (HURSO), na cidade de Santa Helena de Goiás, entre 2010 e 2017. Durante esse período, constatou-se irregularidades, pagamentos indevidos e ampliação do faturamento nacional da OSS saltando de 750 milhões para 1,5 bilhão em dois anos.<sup>37</sup>

Apesar da Pró-Saúde atuar sobre a titulação de entidade “sem fins lucrativos” e filantrópica, a OSS fortalece a lógica de privatização do SUS. Esse modelo adotado pela Pró-Saúde evidencia ainda que as OSS se destacam como as maiores empresas no ramo de serviços médicos com intensa atividade econômica gerando lucros e poder, ao passo que, não cumprem critérios de legalidade nos contratos e cometem diversas irregularidades na utilização do recurso público.

---

<sup>36</sup> Ver mais em: <https://www.agazeta.com.br/es/cotidiano/em-meio-a-bloqueios-judiciais-termina-contrato-de-os-do-sao-lucas-1020>

<sup>37</sup> Ver mais em: <https://www.jornalopcao.com.br/reportagens/atuacao-do-mp-expoe-trajetoria-de-embaracos-de-oss-na-saude-em-goias-285280/>

### **4.3. A Pró-Saúde e os anos de 2011-2012: a histórica apropriação do fundo público da saúde no Tocantins**

No Tocantins, os vínculos permanentes da Pró-Saúde remetem à década de 1990, período fundamental de consolidação nacional dessa OSS. Todavia, sua relação com o estado perdura durante os anos 2000, em especial, com a maior privatização do SUS no Tocantins.

Em janeiro de 2011, nos processos de articulação deste contrato histórico, reaparecem as figuras do governador Siqueira Campos e do padre camiliano Cherubin, por intermédio da Confederação Misericórdia do Brasil (CMB). Segundo notícias da Secretaria de Comunicação do Tocantins, foi o então governador Siqueira Campos que solicitou a consolidação da parceria público-privada para administrar toda a rede hospitalar pública estadual. No pedido do governador, fica evidente que o seu desejo consistia no retorno da gestão das OSS vinculadas a Sociedade Beneficente São Camilo e outras instituições filantrópicas ligadas à confederação<sup>38</sup>.

Para agilizar a contratação de uma organização social a gestão estadual, decretou em 19 de abril de 2011, estado de calamidade pública na rede hospitalar e nas unidades de saúde do Tocantins<sup>39</sup>, autorizando também a contratação emergencial de serviços privados ou filantrópicos. No decreto 4.279/ 2011, fica evidente que os gestores apresentam fortes intenções em firmar parcerias público-privadas para a gestão das unidades hospitalares, inclusive utilizando como justificativas para decretar situação de calamidade pública, argumentos que envolvem uma possível situação crítica dos serviços prestados e o iminente risco à segurança e à vida da população.

Os argumentos foram questionados pelo Tribunal de Contas da União (TCU) que em auditoria<sup>40</sup> observou que não foram localizados elementos que sustentassem a tese de calamidade pública, como a ocorrência de um desastre, catástrofe e desgraça que comprometessem a capacidade do estado em responder a situações anormais. Diante disso, o Ministério Público do Estado do Tocantins (MPE) elaborou Ação Civil Pública (ACP), processo n. 2011.0007.9645-6/0, requerendo a anulação do referido decreto. Ainda foi enfatizado pelo TCU que:

---

<sup>38</sup> Ver mais em: <https://secom.to.gov.br/noticias/membros-da-confederacao-misericordia-do-brasil-visitam-dona-regina-41677/>

<sup>39</sup> Diário Oficial nº 3.365 de 19 de abril de 2011. DECRETO nº. 4.279. Disponível em: <https://diariooficial.to.gov.br/>

<sup>40</sup> Processo nº 15588/2011-4, Peça 44 - Relatório de fiscalização 589-2011. Disponível em: <https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/redireciona/processo/1558820114>

O Estado do Tocantins não teve a situação de calamidade pública reconhecida pelo Ministério da Integração Nacional – MI, a teor das disposições da Lei n. 12.340/2010 e do Decreto n. 7.257/2010. (...) Segundo consta na peça inicial, o MPE/TO concluiu pela não existência dos motivos que ensejaram o ato de declaração de calamidade pública. E que houve a violação da Teoria dos Motivos Determinantes, com a invocação de motivos falsos, inexistentes ou incorretamente qualificados, o que vicia o ato e, conforme prevê o art. 2º, **caput**, alínea **d**, da Lei n. 4.717/1965, o torna nulo e lesivo ao patrimônio público. (TCU, 2011, p. 3-4)

Em resposta aos questionamentos do TCU e MPE, o governo do estado alegou através de relatórios da Vigilância Sanitária, posteriores ao decreto de calamidade pública, que as estruturas hospitalares ofereciam risco sanitário à população e que os serviços de assistência estavam em situação de precariedade. Logo, o TCU enfatizou também no relatório de auditoria que:

A situação vivenciada pelos Hospitais e demais unidades é fruto de falhas da gestão (mais especificamente falta de manutenção) e não decorrentes de algum desastre. (...) Seria mais plausível considerar as deficiências das ações ou situação crítica na prestação de serviços como resultados da ocorrência de falta de planejamento, ou mesmo má gestão dos recursos canalizados à saúde do estado, e não da existência de fatores externos e excepcionais, tais como catástrofes e eventos alheios ao controle humano que provocaram as deficiências estruturais e de qualidade no atendimento das unidades de saúde do Estado (TCU, 2011, p. 5)

Pontuamos aqui, discordância com o relatório do TCU, pois não há necessariamente uma má gestão dos recursos, mas uma estratégia óbvia em burocratizar o planejamento e a execução das ações e dos recursos da saúde, para que a gestão pública seja rotulada como ineficiente e assim, seja delegada ao setor privado, a responsabilidade em solucionar os “problemas” da saúde.

Esse papel heróico atribuído ao setor privado tem relação direta com o discurso da eficiência trazido pelo BM nas reformas da saúde e do Estado, somada à necessidade de lucratividade do capital, através da captura do fundo público, especialmente com as privatizações da saúde. Essa lógica de financeirização dos direitos sociais atinge os recursos das políticas sociais que, em vez de melhorar as condições de vida dos trabalhadores, aprofunda ainda mais as desigualdades sociais para beneficiar o capital financeiro (SILVA, 2011).

Assim, os argumentos utilizados pelo governo estadual tentaram impor uma falsa situação de calamidade pública para beneficiar a lógica da lucratividade do capital. As motivações têm estreita relação com a urgência em se efetivar uma parceria público-privada na saúde que capturaria grandes montantes de recursos do SUS. Isso mostra ainda que os sujeitos políticos lançaram mão de todas as artimanhas possíveis para acessar o fundo público através da contratação de uma OSS.

Nesse contexto, a argumentação de precariedade da infraestrutura de unidades hospitalares, dá indícios da não execução dos recursos reservados para a finalidade de investimento. Frisa-se que era possível a gestão dos hospitais investir na melhoria das estruturas, em reformas e novas construções, pois havia orçamento destinado para esse fim. Diante dos falsos argumentos da SESAU sobre a necessidade em se instituir calamidade pública, evidenciando que as estruturas físicas dos hospitais apresentavam risco, o TCU ainda destacou que o estado do Tocantins apresentava em seu planejamento “um montante orçado de R\$ 151.761.665,00 para gastos com obras, equipamentos e outros investimentos, e passados seis meses de gestão, só realizou despesas de apenas R\$ 1.610.109,24 (1,06%)” (TCU, 2011, p. 6).

Esse fato é no mínimo curioso, pois havia recurso orçado e não executado para o investimento em obras na rede hospitalar. Isso demonstra que a execução de recursos das políticas sociais transita pelos bastidores das decisões políticas partidárias e pelos arranjos institucionais construídos em torno dos interesses do setor privado. Nesse caso, a não execução dos recursos existentes demonstra ainda uma progressiva tendência de redução e eliminação dos direitos sociais existentes, o direito à saúde, nesse caso, o direito de usuários/as em acessar e utilizar uma unidade de saúde com infraestrutura mínima adequada e de qualidade.

Novamente, pressupõe-se que os gestores se utilizam da calamidade pública para capturar o fundo público, fragilizando a gestão pública como um modelo burocrático, moroso e ineficiente, apresentando inclusive conteúdos dos instrumentos e relatórios de gestão da saúde que sustentam essa perspectiva. Mais uma vez, transformam o SUS em um sistema incapaz de ser célere e elegem o setor privado como o único apto a responder às necessidades de saúde (KRUGER; REIS, 2019).

Mesmo diante dos questionamentos do TCU e do MPE-TO, o Tribunal de Justiça (TJ) deliberou por anular a decisão da 1ª Vara dos Feitos das Fazendas e Registros Públicos da Comarca de Palmas – TO, que havia determinado a suspensão do Decreto Estadual nº. 4.279/2011<sup>41</sup>. Nesse contexto, o TJ corroborou e reconheceu o estado de calamidade pública instituído por um decreto contaminado de vícios e com argumentos frágeis. No entanto, a manutenção do decreto era necessária para as forças políticas envolvidas na contratação da OSS, pois sustentava um “plano de terceirização do setor, no que servia de justificativa para entregar a gestão da saúde pública à Organização Social (OS) chamada Pró-Saúde” conforme

---

<sup>41</sup> Ver mais em: <https://conexaoto.com.br/noticia/anexo/358126ede64c2038a23ccf08e50acf93>

cita o deputado federal Sargento Aragão em reclamação disciplinar à Corregedoria Nacional de Justiça (CNJ)<sup>42</sup>.

Todo esse percurso jurídico não foi suficiente para impedir a contratação da Pró-Saúde no Tocantins. E, em junho de 2011<sup>43</sup>, o governador do Tocantins, Siqueira Campos, autorizou o então secretário de saúde, Arnaldo Alves Nunes, a celebrar convênio com a Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB). Aqui se percebe o forte vínculo do secretário de saúde com as entidades nomeadas como filantrópicas, bem como seu protagonismo na contratação específica da Pró-Saúde. Conclui-se que o fundo público de saúde estava sendo utilizado para atender interesses pessoais, visto que o secretário de estado da saúde, Arnaldo Nunes, integrou a estrutura das entidades que estavam sendo contratadas pelo governo do Tocantins, inclusive ocupando cargo de presidente da confederação no Tocantins, associado a CMB<sup>44</sup>.

Para respaldar a parceria público-privada na saúde do estado foram publicados, em julho, o decreto 4.353/2011<sup>45</sup> e a Lei Estadual nº. 2.472/ 2011<sup>46</sup>. O decreto dispunha sobre os requisitos específicos para a qualificação das OSS e a lei estabelecia, além da qualificação, a contratação e fiscalização de entidade na condição de organização social, baseada na norma federal regida pela Lei n. 9.637/98 (Lei das OSS).

Ainda em julho de 2011, foi publicado também em diário oficial do estado do Tocantins<sup>47</sup> comunicado de interesse público nº 001/2011 qualificando 03 entidades como Organizações Sociais no âmbito estadual para gerenciar as unidades de saúde, sendo: o IDESMA/OSS - Instituto de Saúde Santa Maria, a Pró-Saúde/OSS - Associação Beneficente de Assistência Social, e o SECONCI/OSS – Serviço Social da Construção Civil de São Paulo. Segundo informações também do diário oficial, apenas a Pró-Saúde manifestou interesse<sup>48</sup>.

---

<sup>42</sup> Ver mais em: <https://conexaoto.com.br/noticia/anexo/687ee95297b65a8d619c9d4fe3b0605b>

<sup>43</sup> Diário Oficial nº 3.400 de 10 de junho de 2011. Ato nº. 1.889. Disponível em: <https://diariooficial.to.gov.br/>

<sup>44</sup> Arnaldo Alves Nunes é médico concursado do governo do Tocantins desde 1994. Também foi presidente da Federação das Santas Casas Hospitais Filantrópicas e Entidades Beneficentes do Tocantins, vinculado à CMB e atualmente é diretor técnico do Hospital e Maternidade Dom Orione, em Araguaína-TO.

<sup>45</sup> Diário Oficial nº 3.423 de 14 de julho de 2011. Decreto 4.353. Disponível em: <https://diariooficial.to.gov.br/>

<sup>46</sup> Diário Oficial nº 3.419 de 08 de julho de 2011. Lei estadual nº. 2.472. Disponível em: <https://diariooficial.to.gov.br/>

<sup>47</sup> Diário Oficial nº 3.434 de 29 de julho de 2011. Disponível em: <https://diariooficial.to.gov.br/>

<sup>48</sup> Diário Oficial nº 3.442 de 10 de agosto de 2011. Disponível em: <https://diariooficial.to.gov.br/>

Em agosto de 2011<sup>49</sup>, a OSS Pró-Saúde foi contratada com dispensa de procedimento licitatório, com a justificativa de que o valor era baseado no histórico das despesas das unidades hospitalares sob a gestão da SESAU em anos anteriores.

Visto que o desejo do governador em contratar a Pró-Saúde foi expresso publicamente e as articulações entre os principais dirigentes da empresa para a terceirização dos hospitais ocorreram ainda no mês de janeiro de 2011, antecedendo inclusive a publicação das OSS qualificadas e escolhidas, torna-se evidente que ocorreu um direcionamento na escolha da organização social Pró-Saúde.

Tabela 3 – Unidades hospitalares públicas de saúde no Tocantins sob a gestão da Pró-Saúde entre 2011-2012

	<b>Unidades hospitalares</b>	<b>Contrato de gerenciamento</b>	<b>Processo nº</b>	<b>Valor total anual</b>
1	Hospital de Pequeno Porte de Alvorada	001/2011	2011.3055.001671	R\$ 4.702.008,00
2	Hospital Regional de Araguaçu	002/2011	2011.3055.001670	R\$ 5.845.812,00
3	Hospital Regional de Araguaína	003/2011	2011.3055.001683	R\$ 44.261.208,00
4	Hospital Regional de Arapoema	004/2011	2011.3055.001677	R\$ 6.368.004,00
5	Hospital Regional de Arraias	005/2011	2011.3055.001669	R\$ 7.934.808,00
6	Hospital Regional de Dianópolis	006/2011	2011.3055.001668	R\$ 8.961.012,00
7	Hospital e Maternidade Dona Regina	007/2011	2011.3055.001679	R\$ 20.376.960,00
8	Hospital Regional de Guaraí	008/2011	2011.3055.001678	R\$ 9.579.012,00
9	Hospital Regional de Gurupi	009/2011	2011.3055.001672	R\$ 22.661.100,00
10	Hospital de Doenças Tropicais	010/2011	2011.3055.001682	R\$ 10.498.008,00
11	Hospital Geral de Palmas Dr. Francisco Ayres	011/2011	2011.3055.001680	R\$ 54.145.812,00
12	Hospital Infantil de Palmas	012/2011	2011.3055.001684	R\$ 8.580.012,00
13	Hospital Regional de Miracema	013/2011	2011.3055.001675	R\$ 13.556.016,00
14	Hospital Regional de Paraíso	014/2011	2011.3055.001681	R\$ 12.036.012,00
15	Hospital Regional de Pedro Afonso	015/2011	2011.3055.001676	R\$ 7.323.960,00
16	Hospital Regional de Porto Nacional	016/2011	2011.3055.001674	R\$ 12.350.220,00

<sup>49</sup> Diário Oficial nº 3.456 de 30 de agosto de 2011. PORTARIA/SESAU/Nº. 531, de 22 de agosto de 2011. Disponível em: <https://diariooficial.to.gov.br/>

17	Hospital Regional Materno Infantil Tia Dedé	017/2011	2011.3055.001673	R\$ 9.304.824,00
----	--	----------	------------------	------------------

Fonte: Elaboração própria com base nos contratos de gerenciamento n° 001 a n° 017 de 2011 entre a Pró-Saúde e a SESAU

No entanto, o governo do estado sustentou essa contratação memorável da Pró-Saúde com argumentos que afirmam a legalidade do processo de terceirização, a larga experiência da OSS, a melhoria dos serviços prestados à população, em qualidade e quantidade, bem como a economicidade dos recursos da saúde. Dessa forma, a Pró Saúde passou a gerenciar em 01 de setembro de 2011, 17 unidades hospitalares do Estado do Tocantins, com os respectivos valores pactuados sob a gestão da Pró-Saúde.

Se observado o orçamento público da saúde do estado, é possível afirmar que a contratação da Pró-Saúde para gerir os 17 hospitais foi desnecessária para o SUS. Segundo as informações publicadas pela Secretaria de Fazenda, em que constam Relatório resumido de execução orçamentária fiscal e da seguridade social do Tocantins<sup>50</sup>, referente aos meses de janeiro à abril de 2011, com detalhamento das despesas orçadas, empenhadas e pagas, especificamente na função 10 “saúde” e na subfunção 302 “assistência hospitalar e ambulatorial” (tabela 4), podemos verificar que a gestão estadual mantinha uma execução relativamente razoável dos recursos e ainda dispunha de orçamento para custear as ações de saúde de média e alta complexidade e investir na rede hospitalar estadual.

Tabela 4 – Execução orçamentária fiscal e da seguridade social apenas da função 10 “saúde” e a subfunção 302 “assistência hospitalar e ambulatorial”, referentes aos meses de janeiro à abril de 2011

	Dotação inicial	Dotação atualizada	Despesas empenhadas até o bimestre	Despesas liquidadas até o bimestre	%	Saldo a liquidar
Função: Saúde	842.097.661,00	839.148.216,00	240.484.550,27	210.445.802,21	25,07%	628.702.413,79
Subfunção: Assistência Hospitalar e Ambulatorial	366.616.482,00	366.597.012,00	85.896.345,01	65.799.995,40	17,94%	300.797.016,60

Fonte: Elaboração própria com base nas informações do relatório resumido de execução orçamentária fiscal e da seguridade social do Tocantins

Na subfunção de “assistência hospitalar e ambulatorial”, composta também por ações de manutenção e estruturação das unidades hospitalares, constata-se que a previsão

<sup>50</sup> Diário Oficial n° 3.391 de 30 de maio de 2011. Disponível em: <https://diariooficial.to.gov.br/>

orçamentária é considerável se compararmos com todo o recurso destinado à função saúde, além de ter uma execução do orçamento na subfunção de quase 18% no primeiro quadrimestre do ano de 2011.

É diante desse volume de recursos que as entidades filantrópicas disputam o orçamento da saúde pública, através da complementaridade na prestação dos serviços, com destaque para os modelos de privatizações constituídos pelas OSs. É nesse terreno de disputa que a Pró-Saúde se insere, em conjunto com as articulações políticas que atendem também aos interesses pessoais de figuras políticas do Tocantins.

Ao optar pela via da privatização não clássica, através da OSS Pró-Saúde, a gestão estadual decide na direção dos organismos internacionais financeiros, como o Banco Mundial, que defendem a redução do público e a priorização do privado. Acentua-se os discursos de uma falsa economicidade e racionalidade do recurso público, pautando uma possível eficiência das organizações sociais, principalmente as entidades sem fins lucrativos, que serão capazes de melhorar os resultados e os indicadores de saúde. Radicaliza-se a ideia de ineficiência do setor público reforçada ainda pela tese da crise do Estado, acelerando o processo de entrega da coisa pública ao mercado.

No âmbito desta contratação para a prestação de serviços de média e alta complexidade, especificamente na rede hospitalar, foco deste estudo, a Constituição Federal (CF) de 1988 prevê no artigo 199 a complementaridade dos serviços de saúde. Preferencialmente concedida através da contratação das organizações sociais configuradas como entidades filantrópicas e sem fins lucrativos, a complementaridade se inverte, à medida que o setor privado tem se tornado o principal executor dos serviços públicos de saúde, transformado o SUS em complementar, na contramão do texto constitucional (CARNEIRO, 2014).

Logo, a Pró-Saúde foi contratada sob essa justificativa da complementaridade dos serviços de saúde, porém, o gerenciamento total dos 17 hospitais públicos do estado desconfiguraram esse preceito da CF. Conforme o relatório do TCU, o recurso destinado a OSS de R\$ 258.484.789,00 ao ano, representou “55,3% do poder de compra do Fundo Estadual de Saúde” (TCU, 2011, p. 12). Esse fato representa uma total substituição dos serviços da rede hospitalar e não a complementação dos mesmos, podendo-se afirmar que no âmbito da complementaridade invertida, consolida-se no Tocantins o projeto do SUS possível caminhando a passos largos e cada vez mais próximo do projeto de SUS totalmente submetido ao mercado.

Ainda em relação a esse mesmo recurso destinado a Pró-Saúde, o próprio governo do estado do Tocantins ressaltou que haveria uma economia de 2 milhões por ano com a

contratação da Pró-Saúde para gerir as unidades hospitalares<sup>51</sup>. Com esse argumento, o governo fomentou a lógica da eficiência do setor privado em relação ao setor público, inclusive pontuando que sob a gestão pública:

o Estado gastava, em média R\$ 7.029,90 com cada paciente internado. O contrato prevê o aumento, em um ano, de 20% no número de internações, com cada uma custando R\$ 5.589,92. O aumento nas internações será o reflexo da realização de cirurgias eletivas dos pacientes que estão na fila de espera. Em 2010 foram 5.990 pacientes internados, a Pró-Saúde prevê o aumento das internações para 7.188 pacientes em um ano (SECOM TOCANTINS, 2011)

Obviamente que esse modelo de privatização no Tocantins, não trouxe nenhum dos supostos benefícios apontados anteriormente, proporcionou apenas a intensificação da lógica privada que qualificam a saúde e a vida como mercadorias, e:

configura-se de diversas formas no sistema, mas nos últimos anos principalmente através da contratação de serviços privados ou entidades jurídicas (organizações sociais, fundações etc.) para gerir as unidades, acessando diretamente o recurso público; o que é, certamente, um negócio com alta margem de segurança e sem riscos, pois o Estado garante lucratividade (SOARES, 2010, p. 107)

O que posteriormente foi observado não foi economia dos recursos destinados a rede hospitalar, mas uma série de irregularidades relacionadas a ausência de transparência, de mecanismos de fiscalização e de procedimentos na contratação de trabalhadores da saúde, como:

- ausência de conta específica para gerenciamento de recursos federais oriundo do Fundo Nacional de Saúde - FNS;
- previsão de pagamentos de despesas a título de despesas administrativas da sede da entidade e reserva técnica;
- limitação dos poderes da Comissão de Acompanhamento e Fiscalização CAF para fiscalização dos contratos de gerenciamento firmados com organização social;
- não implantação de mecanismo de controle interno para acompanhamento e monitoramento das atividades administrativas da organização social, o que torna impraticável a análise da qualidade e dos custos dos serviços prestados, resultando assim na inviabilidade de ações de controle externo.
- ausência de procedimentos para a contratação de bens e serviços e obras, compatíveis com os princípios da Administração pública, elencados no Art. 37, caput, da Constituição Federal de 1988;
- ausência de procedimentos para o recrutamento e seleção de pessoal compatíveis com os princípios da Administração pública, elencados no Art. 37, caput, da Constituição Federal de 1988. (TCU, 2011, p. 8)

---

<sup>51</sup> Ver mais em: <https://secom.to.gov.br/noticias/contrato-com-pro-saude-melhora-atendimento-e-reduz-custo-de-hospitais-em-mais-de-10-55604/>

É possível identificar ainda que a economia dos recursos da saúde, prometida pela gestão estadual com a contratação da OSS Pró-Saúde, se transformou em volumosos repasses de recursos com outras finalidades que não fossem a contratualizadas, apontando fortemente para o desvio dos recursos do SUS. Absurdamente, foram identificados repasses do fundo público da saúde para pagamento de taxa de administração da OSS, segundo o relatório de representação do TCU<sup>52</sup>:

em montantes determinados, para a cobertura de despesas administrativas indiretas, administração central e reserva técnica, identificada no período de setembro/2011 a março 2012, caracterizando desvio de finalidade: i) retiradas de R\$ 13.525.842,45 repassados pela Sesau, destinando-se R\$ 6.556.004,86 para a sede da Pró-Saúde (CNPJ 24.232.886/0020-20) e R\$ 6.969.837,5 para a sucursal instalada na Capital do Estado do Tocantins (CNPJ 24.232.886/0111-00). A destinação final desses recursos é absolutamente desconectada de ações e serviços de saúde e não se sujeita a qualquer fiscalização do uso ou da destinação; ii) embora os contratos firmados com a Sesau não tenham previsto a utilização de verbas federais para o pagamento desta taxa de administração, detectaram-se transferências de R\$ 176.000,00 para a sede da Pró-Saúde com recursos de origem federal, sob o rótulo “Outras Despesas Diversas”, retirados das contas dos Hospitais Regionais de Arapoema e de Arraias, conforme relatórios do sistema Gesacontrol (peça 112) (TCU, 2012, p. 11)

O pagamento dessa taxa de administração para a OSS gerenciar 17 hospitais, mostra-se absurda, visto que já havia valores destinados para custeios e investimentos de todas as despesas hospitalares. O pagamento dessa taxa diretamente para a sede da Pró-Saúde em São Paulo pode ser caracterizado como desvio de finalidade do contrato com o governo do Tocantins e, supostamente, foi utilizada como margem de lucro para manter outras unidades hospitalares sob a sua administração, em especial os hospitais privados da OSS. Evidencia-se a utilização do fundo público do SUS para socorrer hospitais privados através da gestão de entidades extremamente lucrativas, mas com certificados de filantropia.

Ao assumir a gestão de toda a rede hospitalar do Tocantins, em 01 de setembro de 2011, a OSS divulgou relatório<sup>53</sup> intitulado “Relatório de Prestação de Contas do Contrato Pró-Saúde/SESAU-TO – Competência Setembro/2011”, detalhando a situação de todas as unidades de saúde no processo de transição da gestão pública para a entidade filantrópica.

É possível observar que esse documento da Pró-Saúde traz um compilado da situação em que se encontravam as 17 unidades de saúde pública do estado, em relação a metas, indicadores, recursos humanos, infraestrutura, patrimônio, serviços terceirizados, insumos e

<sup>52</sup> Ver mais em: <https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/documento/acordao-completo/2890020111.PROC/%2520/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/9/%2520>

<sup>53</sup> Disponível em: <https://docplayer.com.br/9534199-Contrato-de-gerenciamento-sesau-e-pro-saude-to.html>

outros. No documento pode-se visualizar relatos que não condizem com uma possível situação de calamidade pública.

Ao detalhar o contrato com a Pró-Saúde, notou-se que foram estabelecidas provisões de valores de custeio e investimento em cada unidade hospitalar, sendo respectivamente R\$ 201.001.044,00 para serviços referentes a aquisição de materiais de consumo, serviços de compra e logística de medicamentos e insumos, lavanderia, alimentação, limpeza e diagnóstico, e R\$ 57.483.774,00 para investimento em patrimônio, como equipamentos, bens móveis e obras/ reformas em imóveis<sup>54</sup>.

No entanto, é possível observar também diversas irregularidades na execução do orçamento destinado para esse custeio e investimento. No relatório de representação do TCU (2012) foi evidenciado a transferência de recursos, provenientes do Fundo Nacional de Saúde, para a Pró-Saúde no valor de R\$ 647.336,66. Esses pagamentos se referem ao investimento (obras e reformas nos hospitais), e de acordo com o contrato deveriam envolver apenas recursos estaduais e não federais. Inclusive fica evidente o “favorecimento da empresa Forenge Engenharia Construções e Incorporações Ltda., incluída no Cadastro de Empresas Inidôneas e Suspensas (CEIS) para contratar com a Administração Pública” (TCU, 2012, p. 9).

No quesito realização de obras e reformas dos 17 hospitais, as informações da entidade filantrópica apontam para um investimento limitado a pequenas reformas e serviços de pinturas nas fachadas dos hospitais, conforme constam em informações dos relatórios de desempenho mensal da Pró-Saúde<sup>55</sup>. Esses serviços de investimento são mínimos se considerarmos o valor de contrato destinado para obras (reformas e obras na estrutura física), que totalizam 4,8 milhões por ano<sup>56</sup>.

Em relação aos recursos humanos, a Pró-Saúde evidencia no relatório que houve demissão em massa de profissionais da saúde contratados diretamente pelo governo do estado, que totalizavam 828 profissionais entre as categorias de médico/a, enfermeiro/a técnico/a de enfermagem em todos os 17 hospitais. O rompimento desses vínculos de trabalho foi citado em relatório da OSS que responsabilizou a gestão da SESAU (PRÓ-SAÚDE, 2011a). Soma-se a esse fato, notícia veiculada pela SECOM afirmando que com a contratação da Pró-Saúde não

---

<sup>54</sup> Diário Oficial nº 3.457 de 31 de agosto de 2011. Erratas de termos de contrato. Disponível em: <https://diariooficial.to.gov.br/>

<sup>55</sup> Relatórios mensais disponíveis para download no perfil de Rodolfo Uliana, na época, coordenador de tecnologia da informação da Pró-Saúde no Tocantins: <https://pt.scribd.com/user/72770026/Rodolpho-Uliana/uploads>

<sup>56</sup> Ver mais em: <https://secom.to.gov.br/noticias/contrato-com-pro-saude-melhora-atendimento-e-reduz-custo-de-hospitais-em-mais-de-10-55604/>

ocorrerem demissões de trabalhadores da saúde, respeitando inclusive os direitos trabalhistas adquiridos<sup>57</sup>.

Porém, ao assumir a administração da rede hospitalar, a Pró-Saúde contratou seu próprio quadro de profissionais de saúde. No primeiro mês de gestão da Pró-Saúde, em setembro de 2011, identificou-se a contratação de 1.002 profissionais, sendo 896 em cargos operacionais, e a necessidade de contratar futuramente 212 técnicos de enfermagem, 137 enfermeiros e 110 médicos. Não há nos relatórios da Pró-Saúde, detalhamento sobre a forma de contratação, se houve algum processo seletivo ou avaliação de experiência profissional (PRÓ-SAÚDE, 2011). Ao fim da gestão da OSS, em janeiro de 2013, a Pró-Saúde demitiu 1808 profissionais<sup>58</sup> com o fim do contrato de gestão dos 17 hospitais.

Ao longo da gestão da Pró-Saúde, é possível elencar ainda diversas denúncias realizadas pelos profissionais de saúde ao Sindicato dos Trabalhadores em Saúde do Estado do Tocantins (SINTRAS). Os relatos dos trabalhadores de saúde envolvem condições precárias de trabalho, como atraso de salários, ausência de repouso nos hospitais, alimentação sem valor nutritivo e de péssima qualidade além de quantidade insuficiente, baixo número de profissionais em determinadas categorias ocasionando sobrecarga de trabalho, ambiente de trabalho inseguro, alteração de rotinas de trabalho sem diálogo com os profissionais<sup>59 60</sup>

Essas formas de precarização das condições de trabalho dos trabalhadores da saúde, através da privatização do SUS com a contratação da Pró-Saúde, compõem uma tendência imposta pela racionalidade hegemônica, em que “a saúde é espaço estratégico de um modelo desenvolvimento do grande capital no Brasil: campo de contradições, espaço de direito universal e, dialeticamente, da apropriação privada dos recursos públicos” (SOARES, 2010, p. 104). Neste contexto, reafirmamos a tese de Soares (2010), na qual a precarização do trabalho revestida de cumprimento de metas, aumento dos contratos temporários sem estabilidade e grande demanda dos serviços com inúmeros atendimentos, integra a racionalidade hegemônica que atende os interesses do grande capital na saúde.

Em relação aos serviços terceirizados considerados áreas de apoio (limpeza, lavanderia e nutrição), a Pró-Saúde expõe em relatório que “foi rescindido o contrato entre a Secretaria de

---

<sup>57</sup> Ver mais em: <https://secom.to.gov.br/noticias/contrato-com-pro-saude-melhora-atendimento-e-reduz-custo-de-hospitais-em-mais-de-10-55604/>

<sup>58</sup> Ver mais em: <https://conexaoto.com.br/2013/01/08/pro-saude-demite-mais-de-1800-servidores-organizacao-social-deve-encerrar-atividades-nos-hospitais-em-fevereiro>

<sup>59</sup> Ver mais em: <https://conexaoto.com.br/2012/03/20/sintras-recebe-reclamacoes-da-pro-saude>

<sup>60</sup> Ver mais em: <https://conexaoto.com.br/2012/05/10/pro-saude-paga-com-atraso-salario-de-profissionais-da-enfermagem>

Estado da Saúde do Tocantins e a Litucera” e que houve “retirada de diversos materiais e equipamentos em hospitais, comprometendo a qualidade dos serviços no início do mês de setembro” além de demissão os trabalhadores dessas áreas (PRÓ-SAÚDE, 2011, p. 04). É notável que todas as justificativas pontuadas pela OSS indicam para uma possível obscuridade no que tange à responsabilidade da contratada e contratante no fornecimento desses serviços.

Atesta-se essa obscuridade, no Acórdão 313/ 2012 de relatoria do Ministro do TCU Marcos Bemquerer Costa, TC 028.900/2011-1, quando o relator cita que não há no contrato o detalhamento dos serviços que devem ser fornecidos e as respectivas metas contratualizadas pela OSS Pró-Saúde, como nos casos dos serviços de limpeza, alimentação e nutrição, lavanderia, medicamentos e outros (TCU, 2015).

Ao longo dos meses de contratação da Pró-Saúde é possível observar ainda irregularidades em contratos da referida OSS com empresas de consultorias que totalizam pagamentos indevidos de mais de 2 milhões em apenas 04 meses. No acórdão do TCU (2015), é apontado que o corpo diretivo e associativo das empresas Abrapucci Consultoria Hospitalar Ltda., Humaniza Ação Soluções em Recursos Humanos Ltda. e Lanakana Princípios Sustentáveis Consultoria em Sustentabilidade Ltda possuía vínculos com a diretoria da Pró-Saúde.

Também é possível verificar que outra contratação superfaturada pela Pró-Saúde que foi alvo de investigações. A empresa DNMV-S.S-MV Sistemas foi a responsável por implantar um sistema operacional que agregou dados de atendimentos dos pacientes. No entanto, a compra do sistema era avaliada em aproximadamente 9 milhões e foi contratada pelo valor de mais de 19 milhões de reais<sup>61</sup>.

Diante das supostas irregularidades na contratação da Pró-Saúde para administrar os 17 hospitais, o MPF-TO formulou ação civil pública contra a OSS, o estado do Tocantins e a União. Na ACP, o MPF pedia a suspensão dos referidos contratos, bem como a retomada da gestão da rede hospitalar sob a responsabilidade da SESA. O MPF questionou diversos pontos na contratação da OSS, como o pagamento da taxa de administração em valores históricos que chegaram a mais de 13 milhões, o pagamento indevido de consultorias que somam mais de 2 milhões, o repasse de bens públicos ao setor privado, ausência de medicamentos, insumos vencidos, insuficiência de profissionais de saúde, e outras<sup>62</sup>.

---

<sup>61</sup> Ver mais em: <https://conexaoto.com.br/2012/06/18/mpf-requisita-instauracao-de-cinco-inqueritos-policiais-para-apurar-irregularidades-na-terceirizacao-da-saude>

<sup>62</sup> Ver mais em: <http://www.mpf.mp.br/to/sala-de-imprensa/noticias-to/mpf-to-requer-suspensao-imediata-dos-17-contratos-da-pro-saude-para-administrar-hospitais-do-tocantins>

O MPE-TO também impetrou ACP por improbidade administrativa contra o governador do Tocantins Siqueira Campos e o secretário de saúde Arnaldo Nunes, contra os atos referentes à decretação de calamidade pública que foi considerada ilegal. A ACP ainda pediu o bloqueio de bens do governador e do secretário no valor de aproximadamente 117 mil reais<sup>63</sup>.

Em 10 de julho de 2012, após 10 meses, a SESAU e a Pró-Saúde rescindiram o contrato de terceirização dos hospitais públicos do Tocantins. Com isso, em uma transição que durou 90 dias, a gestão pública reassumiu todos os serviços de manutenção da rede hospitalar, desde limpeza, lavanderia, alimentação, conservação dos prédios, UTIs móveis, recursos humanos, insumos, equipamentos e outros serviços necessários para o funcionamento dos hospitais<sup>64</sup>.

A insustentabilidade da terceirização do SUS causados pelos inúmeros desvios dos recursos da saúde pública no Tocantins foram adensados pelo obscurantismo da atuação das OSS, que praticamente anulam todos os mecanismos de controle social e de fiscalização da execução da política social. Essas irregularidades na contratação da Pró-Saúde apontam também para o aumento da lucratividade da OSS, através da venda direta das ações e serviços de saúde que são de responsabilidade do Estado, ou seja, da apropriação do fundo público, que fica mais evidente na relação público-privada estabelecida no maior hospital público do estado do Tocantins.

#### **4.4. A relação público-privada do Hospital Público Geral de Palmas com a Pró-Saúde**

O modelo de privatização da saúde no Tocantins fomentado pela Pró-Saúde foi implantado também no Hospital Público Geral de Palmas. É importante caracterizar a magnitude dessa unidade hospitalar para compreender as proporções que tomaram a consolidação desse novo modelo de gestão em tão pouco tempo de administração e envolvendo uma enorme apropriação do fundo público.

O Hospital Público Geral de Palmas Dr. Francisco Aires da Silva, também conhecido como HGP, localiza-se na capital Palmas, no estado do Tocantins. O HGP foi inaugurado em 10 de agosto de 2005 e consolidou-se como a maior instituição pública de saúde, de gestão estadual do SUS, na prestação de serviços de urgência e emergência em diversas especialidades.

Com 15 anos de inauguração, o hospital teve sua construção iniciada em 1999 e parte dos seus serviços funcionavam anteriormente na estrutura Hospital de Referência de Palmas

---

<sup>63</sup> Ver mais em: <https://conexaoto.com.br/2017/01/12/decisao-atende-pedidos-do-mpe-e-determina-bloqueio-de-bens-e-imoveis-do-ex-governador-siqueira-e-de-ex-secretario-de-saude-do-tocantins>

<sup>64</sup> Ver mais em: <https://conexaoto.com.br/2012/07/10/sesau-e-pro-saude-assinam-rescisao-de-contrato>

(HRP), conhecido como Hospital Comunitário, localizado na época na quadra 504 Sul (Arse 51), em Palmas, Tocantins. A obra do novo hospital inaugurado em 2005 obteve investimentos de mais de 49 milhões de reais entre 1999 e 2005. Nessa nova estrutura de dois pavimentos, o HGP contava com pronto socorro e internação, sendo 200 leitos, dos quais eram 18 de UTI e 06 salas cirúrgicas<sup>65</sup>. Observa-se que o hospital foi construído e inaugurado sob a gestão da SESAU, 6 anos antes da entrada da Pró-Saúde na administração da rede hospitalar.

Em 2013, um ano após o fim do contrato da Pró-Saúde na administração dos hospitais públicos do Tocantins, o HGP recebeu outro investimento de mais de 84 milhões de reais para a ampliação em até quatro pavimentos, obra que durou entre os anos de 2013 e 2016. Assim, com ampliação finalizada apenas em 2016, a estrutura física do hospital aumentou em mais de 400 leitos<sup>66</sup> e, atualmente, o hospital conta com 26 leitos de UTI para adultos, 10 de UTI pediátrica, 22 leitos de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), 20 leitos nas Salas Vermelha e Amarela, 06 leitos para atendimentos de pessoas com AVC, e 322 leitos de internação<sup>67</sup>.

A magnitude do hospital não se restringe à estrutura física. Mensalmente, o HGP realiza entre 15 e 18 mil atendimentos, e em 2021 até o dia 25 de março, já havia registrado mais de 69 mil atendimentos, segundo dados do Integra Saúde<sup>68</sup>. Em número de profissionais, segundo dados do CNES, são 2.434 profissionais atuando no hospital no mês de março de 2021<sup>69</sup>. Os dados de 2019 apontam para mais de 10 mil cirurgias, 42 mil atendimentos ambulatoriais, quase 32 mil atendimentos de urgência e emergência e 16 mil internações<sup>70</sup>.

O HGP é o maior hospital do Estado do Tocantins e os dados apontam para uma estrutura hospitalar gigantesca também em volume de recursos públicos, objeto de disputa do setor privado, especialmente pela Pró-Saúde. Durante o contrato de gestão emblemático da OSS com o estado, nos anos de 2011 e 2012, o HGP também foi privatizado e canalizou a maior parte dos recursos repassados para a Pró-Saúde.

O contrato de gerenciamento nº. 011/2011 da Pró-Saúde com o HGP, processo nº. 2011 3055 001680, e a errata dos referidos documentos, publicados respectivamente em diário oficial do estado nº 3457 e nº 3500, nos dias 31 de agosto e 09 de setembro de 2011, detalharam todo

---

<sup>65</sup> Ver mais em: <https://secom.to.gov.br/noticias/lula-e-marcelo-miranda-inauguram-hgp-nesta-quarta-feira-7127/>

<sup>66</sup> Ver mais em: <https://secom.to.gov.br/noticias/obras-para-reforma-e-ampliacao-do-hgp-comecam-nesta-segunda-feira-160066/>

<sup>67</sup> Ver mais em: <https://saude.to.gov.br/noticia/2020/8/10/hospital-geral-de-palmas-completa-15-anos-de-assistencia-aos-usuarios-do-sus/>

<sup>68</sup> Disponível em: <http://integra.saude.to.gov.br/Paineis/AtendimentosUrgenciaEmergencia>

<sup>69</sup> Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/profissionais-ativos/1721002786117>

<sup>70</sup> Ver mais em: <https://saude.to.gov.br/noticia/2020/8/10/hospital-geral-de-palmas-completa-15-anos-de-assistencia-aos-usuarios-do-sus/>

o recurso financeiro (custeio e investimento) que seria transferido para a OSS durante os três anos de contrato (2011 a 2013), bem como as fontes de recursos utilizadas.

Tabela 5 – Recursos de custeio e investimento contratualizados por ano (2011 a 2013) entre a OSS Pró-Saúde e o Hospital Geral de Palmas

HGP	Custeio	Investimento	Total
<b>2011 (setembro a dezembro)</b>	R\$ 15.227.604,00	R\$ 2.821.000,00	R\$ 18.048.604,00
<b>2012</b>	R\$ 45.682.812,00	R\$ 8.463.000,00	R\$ 54.145.812,00
<b>2013</b>	R\$ 45.682.812,00	R\$ 8.463.000,00	R\$ 54.145.812,00
<b>Total durante 03 anos</b>	<b>R\$ 106.593.228,00</b>	<b>R\$ 19.747.000,00</b>	<b>R\$ 126.340.228,00</b>

Fonte: Elaboração própria com base no contrato de gerenciamento nº. 011/2011 da Pró-Saúde com o HGP

Tabela 6 – Recursos de custeio e investimento contratualizados por fonte e por mês no ano de 2011 entre a OSS Pró-Saúde e o Hospital Geral de Palmas

HGP	Custeio		Investimento
Fonte do recurso	Fonte 0100 (recursos estaduais)	Fonte 0245 (recursos federais)	Fonte 0100 (recursos estaduais)
<b>Valor mensal</b>	R\$ 1.314.330,12	R\$ 2.492.570,88	R\$ 705.250,00
<b>Valor anual (2011)</b>	R\$ 5.257.320,48	R\$ 9.970.283,52	R\$ 2.821.000,00

Fonte: Elaboração própria com base no contrato de gerenciamento nº. 011/2011 da Pró-Saúde com o HGP

Do total do recurso repassado anualmente para a Pró-Saúde administrar os 17 hospitais públicos no Tocantins, o que representa mais de 258 milhões por ano nessa contratação, aproximadamente 21% desse valor é referente à terceirização do HGP. Um grande montante de recurso para custeio e investimento repassado para a OSS que não representam no real e no concreto novos investimentos e tampouco atendimento de qualidade.

Ao detalhar o contrato de gerenciamento, observa-se que os valores de custeio são referentes a serviços de assistência hospitalar (tratamento, medicamentos, procedimentos de alto custo, procedimentos médicos e de enfermagem, procedimentos de rotina da equipe multiprofissional, fornecimento de alimentação e de roupas hospitalares, diárias de internação e de UTI, sangue e hemoderivados, dentre outros), além do funcionamento 24 horas em regime de hospital-dia, atendimento ambulatorial e das urgências hospitalares, serviços de apoio terapêutico e diagnóstico externo, programas especiais e novas especialidades de atendimento.

Parte dos valores de investimentos (R\$ 1.395.000,00) foram destinados para: reforma e adequações das áreas de almoxarifado e farmácia, ampliação da estrutura do hospital em mais

200 leitos (mais dois pavimentos), reforma do sistema de ar condicionado das áreas de conforto, UTI, Centro Cirúrgico e da Central de Material Esterilizado e Isolamentos (CME), implantação de sistema de chamada de enfermagem, revisão de toda a instalação de gases, demarcação de heliponto para o transporte e remoção de pacientes de outras regiões, ampliação da Central de Resíduos, além de implantação de um sistema de informática de gestão hospitalar.

Porém, todo o investimento em obras e reformas pactuado pela Pró-Saúde neste contrato de gerenciamento não foi cumprido. É possível afirmar isto porque a autora deste estudo atua como Assistente Social neste hospital há quase 04 anos, transitando por toda a estrutura dessa unidade. Também é possível comprovar essa não prestação de serviços pela Pró-Saúde através de notícias e dos relatórios da SESAU e do MPE, MPF, TCU e TCE.

Dentre das metas pactuadas pela Pró-Saúde no quesito investimento, observa-se a meta de readequação da estrutura do almoxarifado, envolvendo recursos de R\$ 385.000,00. Segundo a descrição do contrato de gerenciamento n. 011/ 2011, o local destinado ao almoxarifado ocupava um corredor do hospital que servia de circulação de pessoas, sendo inadequado e colocando em risco e comprometendo a conservação dos insumos e medicamentos, prejudicava o fluxo de profissionais e pacientes no interior do HGP. O referido almoxarifado que seria readequado pela Pró-Saúde, em 2021 ainda se encontra no mesmo local, sem nenhuma modificação aparente realizada pela OSS.

A situação da estrutura física inadequada do almoxarifado também foi alvo de auditoria do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS), que observou ainda que havia um número insuficiente de profissionais no setor, certidões de regularidade técnica e laudos da vigilância sanitária desatualizados, supressão de mais de 95 mil unidades de insumos e medicamentos, além de mais de 36 mil unidades vencidas de insumos e medicamentos, que totalizam um prejuízo de mais de 1,2 milhões de reais<sup>71</sup>.

Outra meta estabelecida pela Pró-Saúde foi a ampliação da estrutura física do HGP, em mais dois pavimentos com cerca de 200 leitos. No entanto, o que se observa é que essa ampliação não foi operada pela OSS, mas pela administração pública da SESAU entre os anos de 2013 e 2016, logo após o fim do contrato com a Pró-Saúde. O investimento previsto para ampliação do hospital foi estipulado em R\$ 240.000,00 segundo informações do contrato de gerenciamento.

---

<sup>71</sup> Ver mais em: <https://www1.portalstylo.com.br/noticia-27240-problemas-no-hgp-geram-acao-contra-estado-e-pro-saude>

É possível notar também que a meta para a demarcação do heliponto no HGP proposto pela Pró-Saúde em contrato, com investimento de R\$ 58.000,00, não foi cumprida. Atualmente, o pouso e a decolagem de aeronaves para o transporte de pacientes são realizados no gramado localizado na entrada do pronto socorro do HGP, local totalmente inadequado e inseguro para pouso e decolagem de aeronaves.

O contrato de gerenciamento entre o hospital e a Pró-Saúde ainda pactuou metas relacionadas aos atendimentos dos pacientes, como o número de pacientes saídos. A OSS estabeleceu a meta de 4.388 pacientes saídos em cada quadrimestre, totalizando 13.164 ao ano. Esse indicador descreve a quantidade de pacientes que foram atendidos e receberam alta hospitalar e auxilia também na medição de outro indicador que estabelece o custo e o tempo de internação de um paciente em um leito hospitalar. No entanto, é importante considerar que a rápida desospitalização do paciente não significa necessariamente que o seu adoecimento ou agravo de saúde foi resolvido durante a internação.

O número de pacientes saídos pode reforçar o modelo de racionalidade hegemônica descrito por Soares (2010), pois ao implantar metas e indicadores que geram resultados de alta taxa de desospitalização, vincula-se ao discurso da eficiência no atendimento.

Pactuar esses indicadores é fundamental se houver de fato atendimento de qualidade para todos/as, com base nos princípios do SUS público, universal, equânime de qualidade. No entanto, as metas estabelecidas e alcançadas pela Pró-Saúde, que indicam alta taxa de desospitalização e menor tempo de permanência de um paciente no leito de internação, não dialogam com a realidade encontrada pelo MPE e DPE. Em visita in loco no HGP, a DPE e o MPE após denúncias de usuários, verificaram situação de desassistência, na qual diversos pacientes aguardavam durante muito tempo por leitos de UTI<sup>72</sup> e por procedimentos cirúrgicos, em especial na área da neurologia<sup>73</sup>. Na época, também ocorreram diversas denúncias sobre a falta de material para procedimentos cirúrgicos e de urgência no pronto-socorro<sup>74</sup>.

Outra meta pactuada no contrato de gerenciamento entre Pró-Saúde e HGP, foi a implantação do Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU), com indicador de resolução de 80% das queixas apresentadas ao SAU. O Serviço de Atendimento ao Usuário tinha como objetivo sanar dúvidas e registrar queixas dos pacientes, encaminhando e solucionando as demandas. A Pró-Saúde apresentou em relatório referente ao mês de dezembro de 2011, índice de alcance de

---

<sup>72</sup> Ver mais em: <https://conexaoto.com.br/2011/12/10/apos-recomendacao-defensoria-publica-e-mpe-visitam-hgp>

<sup>73</sup> Ver mais em: <https://www.defensoria.to.def.br/noticia/10380>

<sup>74</sup> Ver mais em: <https://conexaoto.com.br/2011/12/09/continua-falta-de-materiais-no-hgp-simed-alega-que-secretario-nao-responde-a-demandas>

100% da meta proposta. Em dezembro de 2012, o relatório apresentava a informação que o setor SAU foi desativado.

Esse serviço não foi continuado pela SESAU após o fim do contrato com a Pró-Saúde. Serviço descontinuado pode significar serviço que não proporcionou atendimento para o usuário do SUS. Inclusive em Relatório de Gestão Anual (RAG) do ano de 2012, a SESAU aponta para o não cumprimento da meta de implantação de ouvidorias, que segundo a Pró-Saúde, o SAU seria um serviço semelhante. Porém, fica evidente que a SESAU não considerou que o serviço do SAU seria equivalente a uma ouvidoria, e reestabeleceu a meta para o ano de 2013.

Por fim, é possível visualizar que os serviços prestados pela Pró-Saúde funcionavam em total dependência do trabalho dos profissionais de saúde concursados e contratados temporariamente e diretamente pelo estado do Tocantins. Segundo relatório de referência de dezembro/ 2012 da Pró-Saúde, neste ano os profissionais de saúde da OSS contabilizavam em torno de 404 a 713 pessoas, e os contratados e concursados da SESAU por volta de 1.223 a 1.266 profissionais. Esses números variavam em cada mês devido as novas contratações, exonerações e/ou remoções de servidores. Os dados são bastante expressivos, pois durante a terceirização da saúde, o HGP sempre contou com mais servidores públicos do que profissionais de saúde contratados pela OSS, mesmo que o contrato de gerenciamento da Pró-Saúde com o hospital exigisse a contratação de pessoal.

O que se observa é o próprio poder público arcando diretamente com o pagamento da remuneração do trabalhador, ao mesmo tempo possibilitando à prestadora de serviços contratar e subcontratar – sem limites – trabalhadores e prestadores de serviços para as unidades públicas de saúde (FERNANDES; et al., 2018, p. 963)

Nesse contexto de duplicação dos gastos dos serviços públicos, a cessão de servidores públicos da SESAU para a Pró-Saúde foi estabelecida na cláusula terceira do contrato de gerenciamento n. 011/2011. Isso significou que além do estado do Tocantins arcar com as despesas da administração da Pró-Saúde, incluindo o custeio do quadro próprio de pessoal da OSS, os servidores públicos também foram cedidos e sua mão-de-obra utilizada por uma entidade privada. Essa realidade aprofundou significativamente a precarização do trabalho em saúde no âmbito da terceirização do SUS por OSS no Tocantins. Dessa forma, pode-se concluir que o Estado não promove políticas sociais com servidores públicos, e acaba transferindo duplamente o fundo público da saúde para entidades privadas ávidas por lucro.

Todo esse cenário de metas pactuadas e não cumpridas no contrato de gerenciamento do HGP pela Pró-Saúde, bem como os desvios e prejuízos ao erário público, as inúmeras

denúncias e investigações dos órgãos de controle, se inserem no contexto de apropriação do fundo público da saúde pela OSS. Ao privatizar os serviços de saúde pública, acentuam-se os interesses do grande capital que utiliza a transferência direta dos recursos da saúde no Tocantins para sustentar sua geração de lucro e acabam transformando a saúde em mercadoria.

Assim, a relação do privado com o público se acentua numa dinâmica de extrema dependência, especialmente com o fortalecimento da complementaridade dos serviços através das entidades privadas filantrópicas, intituladas como OSS. Dependência do setor privado no acesso ao fundo público da saúde, e dependência do setor público em gerir suas ações e serviços na lógica de uma falta eficiência do mercado. Amplia-se a complementaridade invertida e a desregulamentação do SUS, política construída e forjada nas lutas dos movimentos sociais no Brasil.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caminho percorrido nesta pesquisa proporcionou ampliar a compreensão sobre as questões que envolvem o objeto de análise dessa pesquisa, o aprofundamento da privatização nos hospitais do estado, em especial, do Hospital Geral de Palmas, nos anos de 2011 e 2012, por meio da OSS Pró-Saúde (Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar). Verificou-se que as repercussões dos modelos de gestão das OSS se materializam como ataques frontais aos direitos à saúde. Especificamente, nesse estudo verificou-se que a implantação da OSS Pró-Saúde no Tocantins trouxe danos irreversíveis para os serviços públicos do SUS.

Partindo da compreensão dos conceitos de público e privado foi possível apreender os significados sócio-históricos das esferas e perspectivas que se relacionam no senso comum, muitas vezes vinculadas ao Estado e ao mercado, respectivamente. Porém, essa relação foi elucidada melhor na formação da sociedade capitalista, considerando como ponto de partida o cerne da propriedade privada, e suas repercussões nas expressões da questão social e nas políticas sociais. Foi possível, então, assimilar que a relação público-privada compõe um projeto societário em disputa que se move de acordo com os interesses da burguesia.

Foi necessário também entender as profundas transformações que ocorriam entre os anos de 1970-1980, que se consolidaram na crise do capital com base na ofensiva neoliberal. A crise de 1970 revelou uma forte reação da burguesia na tentativa de recuperar o seu padrão de acumulação, exigindo do Estado a reorientação de suas funções, no bojo dos processos de reestruturação produtiva e de financeirização do capital. Essa crise contemporânea neoliberal impulsionou as reformas de Estado, que tinham apoio dos organismos internacionais como o Banco Mundial (BM) e o Fundo Monetário Internacional (FMI). Isso adensou a mercantilização do âmbito social e intensificou a expropriação do trabalho necessário.

Nesse cenário de crise, a seguridade social, é instituída no Brasil, mas com limites e os ataques subsequentes a sua concepção. Nesse jogo neoliberal, os direitos sociais sofrem regressões cotidianas e o SUS começa a ser disputado com a introdução de novos modelos de gestão, que na verdade, constituem as privatizações na saúde e a desresponsabilização do Estado, na execução das políticas sociais. No entanto, há processos em curso de resistência contra todas as formas de privatização, com destaque para a Frente Nacional e o Fórum Tocantinense contra a Privatização da Saúde.

Todavia, cabe destacar que o estudo obteve como resultado a descrição de todos os processos de privatização no Tocantins que envolveram a gestão pública estadual da saúde,

bem como um breve detalhamento das entidades privadas que administraram as unidades hospitalares dos anos 1990 até o presente momento.

Quanto ao objeto, especificamente em relação a OSS Pró-Saúde, o estudo que apresentamos evidenciou todas as relações privadas por trás dos serviços públicos, com intensas articulações que envolvem a Igreja, políticos tocantinenses, profissionais da saúde e o grande capital financeiro. Foi detalhado os interesses não tão ocultos que compõem a Pró-Saúde, que revestida em um título de entidade filantrópica e sem fins lucrativos, capturam cada vez mais o fundo público da saúde. Os dados mostram seu crescimento dessa OSS, em faturamento e em número de hospitais sobre a sua gestão nos últimos anos. Também é evidenciado no estudo o crescimento nas OSS no Brasil por municípios e por estabelecimentos de saúde.

Essa pesquisa detalhou os valores dos recursos recebidos pela OSS Pró-Saúde, destinação e finalidade. O que se percebe é um imenso desvio do financiamento dos hospitais públicos para os hospitais próprios da OSS. Além disso, o estudo revela que a gestão das OSS não há compromisso com o pagamento de fornecedores, com o cumprimento das metas pactuadas, com a qualidade dos serviços prestados, com a contratação de pessoal, e nem com a prestação de contas dos recursos públicos utilizados.

Entre os achados mais significativos dessa pesquisa, destacam-se a utilização da tese de calamidade pública para formalizar a contratação indevida da OSS Pró-Saúde, bem como o uso da justificativa de estruturas hospitalares em risco sanitário e em situação de precariedade.

No percurso desse estudo observou-se lacunas de informações que podem se materializar em outras pesquisas necessárias para compreender melhor a intensificação da privatização da saúde no Tocantins. Por não ser objeto dessa pesquisa, não foi possível também adentrar em outras questões que são urgentes nesse debate e na produção do conhecimento científico. É preciso investigar outras questões pertinentes a realidade do Tocantins, como os processos de privatização via OSs durante a pandemia da Covid-19, a gênese das privatizações na década de 1990 no estado, a privatização da saúde através da OSCIP Brasil, e por fim, a evolução dos gastos públicos da saúde com a transferência da gestão do SUS para OSS e outros modelos privatizantes.

## REFERÊNCIAS

ACIOLE, G. G. Uma abordagem da antinomia ‘público x privado’: descortinando relações para a saúde coletiva. **Interface – Comunicação, Saúde, Educ.**, v. 10, n. 19, p. 7-24, jan/jun 2006.

AGÊNCIA BRASIL. Operação da Polícia Federal prende ex-secretário de saúde do Rio. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2018-08/operacao-da-policia-federal-prende-ex-secretario-de-saude-do-rio>. Acesso em: 01/11/2020

ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, E. & GENTILI, P. (orgs.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1995.

ANDREAZZI, M. de F. S. Os planos de saúde e as ameaças ao sistema de saúde brasileiro na atualidade. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Org.). **A Saúde nos Governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. Boitempo Editorial. 10ª Edição. 2009.

ANTUNES, R. Prefácio. In: RAICHELIS, R. VICENTE, D.; ALBUQUERQUE, V. (org.). **A nova morfologia do trabalho no Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2018. p. 9-14.

ARENDT, H. **A condição humana**. 10 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

AUDITORIA CIDADÃ DA DÍVIDA PÚBLICA. Gastos com a dívida pública cresceram em 22% em 2020. Disponível em: <https://auditoriacidada.org.br/conteudo/gastos-com-a-divida-publica-cresceram-33-em-2020/>. Acesso em: 15/04/2021

BEHRING, E.; BOSCHETTI, I. S. **Política Social: fundamentos e história**. 9 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BEHRING, E. **Brasil em contra-reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2008a.

BEHRING, E. **Política social no capitalismo tardio**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

BEHRING, E Política Social no contexto da crise capitalista. In: Conselho Federal de Serviço Social; Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Serviço Social: direitos Sociais e competências profissionais. Brasília (DF), 2009.

BEHRING, E. Trabalho e Seguridade Social: o neoconservadorismo nas políticas sociais. In: BEHRING, Elaine Rossetti. ALMEIDA, Maria Helena Tenório de. **Trabalho e Seguridade Social: percursos e dilemas**. São Paulo: Cortez, 2008b.

BOBBIO, N. **Estado, governo, sociedade**: para uma teoria geral da política. 14. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

BONFIM, P. **Entre o público e o privado**: as estratégias atuais no enfrentamento à questão social. Rev. Katálysis, Florianópolis, v. 13, n. 2, p. 270-275, 2010.

BOSCHETTI, I. **Seguridade social no Brasil**: conquistas e limites à sua efetivação. In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei Complementar n.º 92-A (PL). Dispõe sobre a criação das Fundações Estatais. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=360082> Acesso em 02/10/2020.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL Lei n. 9.790, de 23 de março de 1999. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19790.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19790.htm). Acesso em 02/10/2020.

BRASIL. Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/12550.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/12550.htm). Acesso em 02/10/2020.

BRASIL. Lei nº 9.637 de 15 de maio de 1998b. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19637.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19637.htm). Acesso em 02/10/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado-MARE, Caderno 13, Brasília, 1995b. Disponível em:  
<http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/cadernosmare/caderno13.pdf> Acesso em 23 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado-MARE, Caderno 02, Brasília, 1998a. Disponível em:  
<http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/cadernosmare/caderno02.pdf> Acesso em 23 fev. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. <https://covid.saude.gov.br/> Acesso em: 18/06/2021

BRASIL. Presidência da República. Plano diretor da reforma do aparelho do Estado. Brasília: Presidência da República, 1995a. Disponível em:  
<https://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf> Acesso em: 23 fev. 2021.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 1ª Região. 2018 Jurisprudência. Disponível em:  
<https://processual.trf1.jus.br/consultaProcessual/processo.php?proc=69731620144014300&secao=TO&nome=MARCELO%20DE%20CARVALHO%20MIRANDA&mostrarBaixados=S>. Acesso em 01/03/2021

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M. I. S. et al. (Org.). **Saúde e serviço social**. 5ª edição. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2012.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. de. A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões. In: BRAVO, M.I.S; MENEZES, J.S.B (org.) **Saúde na atualidade**: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius - ADUFRJ, 2011.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. da et al. **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. 4. ed. Rio de Janeiro: Cortez, 2009.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRAVO, M. I. S. et al. Avanço das contrarreformas na saúde na atualidade: o SUS totalmente submetido ao mercado. In: SALVADOR, E. BEHRING, E. LIMA, R. L. (Orgs). **Crise do capital e fundo público**: implicações para o trabalho, os direitos e a política social. São Paulo: Cortez, 2019.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, W.N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum Debate**. Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, janeiro/abril de 2018.

BURGINSKI, V. M. O “novo” desenvolvimentismo da CEPAL: contrarreforma do Estado, empregabilidade e redução de direitos no século XXI. 2016. 336 f., il. Tese (Doutorado em Política Social) - Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

CARDOSO, A.M. **Organizações sociais na saúde**: Rio intransparente. 2012. Dissertação de mestrado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2012.

CARNEIRO, R. de C. A. **A complementaridade invertida no SUS**: privatização progressiva da atenção aos renais crônicos em diálise Alagoas e no Brasil. 2014.130 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2014.

CHESNAIS, F. **A mundialização do capital**. São Paulo: Xamã, 1996.

CISLAGHI, J. F. A agenda conservadora para a saúde no Brasil. In: DEMIER, F.; HOEVELER, R. (Orgs.). **A onda conservadora: ensaios sobre os atuais tempos sombrios no Brasil**. Rio de Janeiro: Mauad, 2016.

CISLAGHI, J. F. **Elementos Para a Crítica Da Economia Política Da Saúde No Brasil: Parcerias Público Privadas E Valorização Do Capital**. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

CISLAGHI, J. F. Privatização da saúde no Brasil: da ditadura do grande capital aos governos do PT. **Revista Em Pauta**. Rio de Janeiro, n. 43, v. 17, p. 60-73, 2019.

CNES, CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. NES  
<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/profissionais-ativos/1721002786117>.  
 Acesso em: 20/03/2021

CNJ. RECLAMAÇÃO DISCIPLINAR. Disponível em: Ver mais em:  
<https://conexaoto.com.br/noticia/anexo/687ee95297b65a8d619c9d4fe3b0605b> Acesso em  
 20/01/2021

CONCEIÇÃO, T. S.; CISLAGHI J. F.; TEIXEIRA, S. O. O financiamento da saúde no Brasil: principais dilemas. **Temporalis**, 12(23), 2012.

CONEXÃO TOCANTINS. MPF requisita instauração de cinco inquéritos policiais para apurar irregularidades na terceirização da saúde. Disponível em: <https://conexaoto.com.br/2012/06/18/mpf-requisita-instauracao-de-cinco-inqueritos-policiais-para-apurar-irregularidades-na-terceirizacao-da-saude>. Acesso em: 12/01/2021

CONEXÃO TOCANTINS. SESAU e Pró-Saúde assinam a rescisão de contrato. Disponível em: <https://conexaoto.com.br/2012/07/10/sesau-e-pro-saude-assinam-rescisao-de-contrato>. Acesso em 10/01/2021

CONEXÃO TOCANTINS. Após recomendação, DPE e MPE visitam o HGP. Disponível em: <https://conexaoto.com.br/2011/12/10/apos-recomendacao-defensoria-publica-e-mpe-visitam-hgp>. Acesso em 17/02/2021

CONEXÃO TOCANTINS. Continua falta de materiais no HGP. <https://conexaoto.com.br/2011/12/09/continua-falta-de-materiais-no-hgp-simed-alega-que-secretario-nao-responde-a-demandas> Acesso em: 15/01/2021

CONEXÃO TOCANTINS. Decisão atende pedidos do MPE e determina bloqueio de bens e imóveis do ex-governador Siqueira e de ex-secretário de saúde do Tocantins. Disponível em: <https://conexaoto.com.br/2017/01/12/decisao-atende-pedidos-do-mpe-e-determina-bloqueio-de-bens-e-imoveis-do-ex-governador-siqueira-e-de-ex-secretario-de-saude-do-tocantins>. Acesso em 10/01/2021

CONEXÃO TOCANTINS. Pró-Saúde demite mais de 1800 servidores da organização social deve encerrar atividade nos hospitais em fevereiro. Disponível em: <https://conexaoto.com.br/2013/01/08/pro-saude-demite-mais-de-1800-servidores-organizacao-social-deve-encerrar-atividades-nos-hospitais-em-fevereiro>. Acesso em: 15/02/2021

CONEXÃO TOCANTINS. Pró-Saúde paga com atraso salário de profissionais da enfermagem. Disponível em: <https://conexaoto.com.br/2012/05/10/pro-saude-paga-com-atraso-salario-de-profissionais-da-enfermagem> Acesso em: 15/01/2021

CONEXÃO TOCANTINS. SINTRAS recebe reclamações da Pró-Saúde. Disponível em: <https://conexaoto.com.br/2012/03/20/sintras-recebe-reclamacoes-da-pro-saude>. Acesso em: 10/01/2021

CORREIA, M. V. C. A saúde no contexto da crise contemporânea do capital: o Banco Mundial e as tendências da contra-reforma na política de saúde brasileira. Política de saúde e Serviço Social: impasses e desafios. **Temporalis**, São Luiz, ano 7, n. 13, jan./jun. 2007.

CORREIA, M. V. C. EBSEH: lutas e resistências à lógica mercantil nas Universidades. In: Maria Inês Souza Bravo; Juliana Souza Bravo de Menezes. (Org.). **A Saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização**. 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014, p. 46-52.

CORREIA, M. V. C. Por que ser contra aos novos modelos de gestão do SUS? In: BRAVO, M.I.S; MENEZES, J.S.B (org.) **Saúde na atualidade**: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius - ADUFRJ, 2011.

CORREIA, M. V. C. **Que Controle Social?** Os conselhos de saúde como instrumento [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

CYTRYNOWICZ, M. M. Pró-Saúde: uma história de 45 anos de profissionalismo em administração hospitalar. São Paulo: Narrativa Um, 2012.

DARDOT, P.; LAVAL, C. **A nova razão do mundo**: ensaio sobre a sociedade neoliberal. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2016.

DPE. DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO TOCANTINS. Disponível em: <https://www.defensoria.to.def.br/noticia/10380>. Acesso em 17/02/2021.

FERNANDES, L. E. M. et al. Recursos humanos em hospitais estaduais gerenciados por organizações sociais de saúde: a lógica do privado. **Trab. educa. Saúde**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 955-973, dez. 2018.

FERNANDES, R. B. **Da conquista ao desmonte**: um estudo sobre os descaminhos da política de saúde em tempos de EBSEH. 2017. 144 f., il. Dissertação (Mestrado em Política Social - Universidade de Brasília, Brasília, 2017).

FONTES, V. **O Brasil e o capital imperialismo**: teoria e história. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV/UFRJ, 2010.

G1. Marcelo Miranda é condenado a mais de 13 anos de prisão por contratação irregular e apropriação de recursos. Disponível: <https://g1.globo.com/to/tocantins/noticia/2018/08/24/marcelo-miranda-e-condenado-a-mais-de-13-anos-de-prisao-por-contratacao-irregular-e-apropriacao-de-recursos.ghtml>. Acesso em: 31/01/2021

GAZETA DO CERRADO. Araguaína: Suposto desvio do ISAC é superior a R\$ 6,7 milhões. Disponível em: <https://gazetadocerrado.com.br/araguaina-suposto-desvio-do-isac-e-superior-a-r-67-milhoes-veja-quem-sao-os-alvos-de-busca-e-apreensao/>. Acesso em: 01/03/2021

GAZETA DO CERRADO. Em meio a bloqueios judiciais, termina contrato de OS do São Lucas. Disponível em: <https://www.agazeta.com.br/es/cotidiano/em-meio-a-bloqueios-judiciais-termina-contrato-de-os-do-sao-lucas-1020>. Acesso em 25/03/2021.

GAZETA. A Organização Investigada do Rio atua no novo hospital São Lucas. Disponível em: <https://www.agazeta.com.br/es/politica/organizacao-investigada-no-rio-atua-no-novo-hospital-sao-lucas-0219>. Acesso em 25/03/2021.

GRANEMANN, S. Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital. In: BRAVO, Maria Inês Souza (Org.). **Política de saúde na atual conjuntura**: modelos de gestão e agenda para a saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008.

GRANEMANN, S. PEC 287/16: falácias para a desconstrução dos direitos do trabalho. **SER Social**. n. 39.v.18, Brasília, p. 672- 688, 2016.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. 9 ed. São Paulo: Cortez, 2015.

IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Perfil dos municípios brasileiros: 2018 -2018 - Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101668.pdf>. Acesso em 16/02/2021.

ISAC, INSTITUTO SAÚDE E CIDADANIA. Disponível em: <https://isac.org.br/>

KRUGER, T. R.; REIS, C. Organizações sociais e a gestão dos serviços do SUS. **Serv. Soc.**, São Paulo, n. 135, p. 271-289, agosto 2019.

LIMA, J. B. de. A contrarreforma do Sistema Único de Saúde: o caso das Organizações Sociais. **Argumentum**, [S. l.], v. 10, n. 1, p. 88–101, 2018.

MANDEL, E. **O Capitalismo Tardio**. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

MARX, K. “Glosas críticas ao Artigo ‘O rei da Prússia e a reforma social, De um Prussiano’”. In: MARX, K. & ENGELS. **Lutas de classes na Alemanha**. São Paulo: Editora Boitempo, 2010.

MARX, K.; ENGELS, F. **Manifesto comunista**, 1. ed. São Paulo: Boitempo Editorial, 2010.

MARX, K. **Miséria da filosofia**. 1 ed. São Paulo: Boitempo, 2017.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. Livro I: o processo de produção do capital. São Paulo: Boitempo, 2013.

MÉSZÁROS, I. **Para além do capital**. Primeira edição revisada. São Paulo, Boitempo, 2011.

MORAIS, H. M. M. de et al. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, e 00194916, 2018.

MOTA, A. E. **Cultura da crise e seguridade social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90**. 7 ed. São Paulo: Cortez, 2015.

MOTA, A. E. Expropriações contemporâneas: hipóteses e reflexões. In: BOSCHETTI, Ivanete. **Expropriação e direitos no capitalismo**. São Paulo: Cortez Editora, 2018.

MPF-TO, Ministério Público Federal no Tocantins, MPF requer suspensão imediata dos 17 contratos da Pró-Saúde para administrar hospitais do Tocantins. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/to/sala-de-imprensa/noticias-to/mpf-to-requer-suspensao-imediata-dos-17-contratos-da-pro-saude-para-administrar-hospitais-do-tocantins>. Acesso em: 27/01/2021

MPPA, Ministério Público do Pará. MPPA requer a condenação de envolvidos na execução irregular de contrato entre SESPA e OSS Pró-Saúde. Disponível em: <https://www2.mppa.mp.br/noticias/mppa-requer-a-condenacao-de-envolvidos-na-execucao-irregular-de-contrato-entre-sespa-e-oss-pro-saude.htm>. Acesso em: 27/02/2021

OMS, Organização Mundial de Saúde. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>  
Acesso em: 18/06/2021

PAULO NETTO, J. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2011a.

PAULO NETTO, J.; BRAZ, M. **Economia Política**: uma introdução crítica. São Paulo: Cortez Editora, 2006.

PAULO NETTO, J. **Introdução ao estudo do método de Marx**. 1 ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011b.

PF. Polícia Federal, PF desarticula esquema de desvios de recursos do FMS em Araguaína. Disponível em: <https://www.gov.br/pf/pt-br/assuntos/noticias/2021/02/a-policia-federal-desarticula-esquema-de-desvios-de-recursos-do-fundo-municipal-de-saude-em-araguaina-to>. Acesso em 27/02/2021

PORTAL STYLO. Problemas no HGP geram ação contra o estado. Disponível em: <https://www1.portalstylo.com.br/noticia-27240-problemas-no-hgp-geram-acao-contra-estado-e-pro-saude>. Acesso em 21/02/2012

PRATES, J. C. A pesquisa social a partir do paradigma dialético-crítico: do projeto à análise do dado. IN: FERNANDES, Idilia; PRATES, Jane Cruz. **Diversidade e Estética em Marx e Engels**. Campinas/SP: Papel Social, 2016

PRÓ-SAÚDE NOTÍCIAS HOSPITALARES. Disponível em: <http://www.noticiashospitales.com.br/jul2003/pgs/ultima.htm>. Acesso em: 01/02/21

PRÓ-SAÚDE. DIRETORIA ESTATUTÁRIA. Disponível em: <https://www.prosaude.org.br/wp-content/uploads/2020/09/Rela%C3%A7%C3%A3o-Dirigentes.pdf>. Acesso em 27/02/2021

PRÓ-SAÚDE. ESTATUTO SOCIAL. Disponível em: <https://www.prosaude.org.br/wp-content/uploads/2020/09/Estatuto-Social-Atual.pdf>. Acesso em 27/02/2021

PRÓ-SAÚDE. Prestação de Contas, setembro de 2011. Disponível em: <https://pt.scribd.com/doc/97848384/Pro-Saude-SESAU-TO-PRESTACAO-DE-CONTAS-Setembro-2011>. Acesso em 27/02/2021

PRÓ-SAÚDE. Relatório de desempenho de Contratos de Gerenciamento, Competência novembro de 2011. Disponível em: <https://docplayer.com.br/9534199-Contrato-de-gerenciamento-sesau-e-pro-saude-to.html>. Acesso em 16/12/2020.

PRÓ-SAÚDE. Relatório Institucional da Pró-Saúde 2019. Disponível em: <https://www.prosaude.org.br/relatorio-institucional-2019/> Acesso em 20/01/2021

PRÓ-SAÚDE. Relatórios mensais de Prestação de Contas, 2011 e 2012. Disponível em: <https://pt.scribd.com/user/72770026/Rodolpho-Uliana>. Acesso em 27/02/2021

RAICHELIS, R. **Esfera pública e conselhos de assistência social**: caminhos da construção democrática. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

REIS, T. S. **Expropriação do funcionalismo público**: o gerencialismo como projeto. Rev. Katálysis, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 80-89, Abril 2019.

REVISTA DIPLOMATIQUE. A caquistocracia. Disponível em:  
<https://diplomatique.org.br/a-caquistocracia/> Acesso em: 10/02/2021

SALVADOR, E. Disputa do fundo público em tempos de pandemia no Brasil. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. e 39326, 22 dez. 2020.

SALVADOR, E. Financiamento tributário da política social no pós-Real. In: SALVADOR, E. et al. (Orgs.). **Financeirização, fundo público e política social**. São Paulo: Cortez, 2012.

SALVADOR, E. **Fundo Público e Seguridade Social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

SALVADOR, E. O desmonte do financiamento da seguridade social em contexto de ajuste fiscal. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 130, p. 426-446, set./dez. 2017.

SAMPAIO JR., P. de A. Desenvolvimentismo e neodesenvolvimentismo: tragédia e farsa. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 112, p. 672-688, Dez. 2012.

SANTOS, V. M. dos. **As organizações sociais (OSs) e a privatização do Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto de contrarreformas do Estado brasileiro**. 2014. 142 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2014.

SÃO PAULO. Diário Oficial do Estado de São Paulo. Balanço patrimonial exercícios findos em 31 de dezembro de 2019. Disponível em:  
[http://diariooficial.imprensaoficial.com.br/doflash/prototipo/2020/Abril/30/empresarial/pdf/pg\\_0076.pdf](http://diariooficial.imprensaoficial.com.br/doflash/prototipo/2020/Abril/30/empresarial/pdf/pg_0076.pdf)

SARTORI, V. B. **Hannah Arendt e os elementos totalitários do marxismo**: da ciência social à crítica de tonalidade teológica textos e debates, Boa Vista, n.29, p. 7-14, jan./jun. 2016.

SBSC. Sociedade Beneficente São Camilo. Disponível em: <https://www.ceisaocamilo.org.br/>

SECOM TOCANTINS. Disponível em: <https://secom.to.gov.br/noticias/membros-da-confederacao-misericordia-do-brasil-visitam-dona-regina-41677/>. Acesso em 25/03/2021.

SECOM TOCANTINS. Disponível em: <https://secom.to.gov.br/noticias/contrato-com-pro-saude-melhora-atendimento-e-reduz-custo-de-hospitais-em-mais-de-10-55604/> Acesso em 27/02/2021

SECOM TOCANTINS. Disponível em: <https://secom.to.gov.br/noticias/lula-e-marcelo-miranda-inauguram-hgp-nesta-quarta-feira-7127/> Acesso em 27/02/2021

SECOM TOCANTINS. Disponível em: <https://secom.to.gov.br/noticias/obras-para-reforma-e-ampliacao-do-hgp-comecam-nesta-segunda-feira-160066/> Acesso em 27/02/2021

SECOM TOCANTINS. Disponível em: <https://secom.to.gov.br/noticias/contrato-com-pro-saude-melhora-atendimento-e-reduz-custo-de-hospitais-em-mais-de-10-55604/> Acesso em 25/03/2021.

SENNA, M. de C. M.; MONNERAT, G. L. O setor saúde e os desafios à construção da seguridade social brasileira. In: BEHRING, E. R.; ALMEIDA, M. H. T. (Orgs.). Trabalho e seguridade social: percursos e dilemas. São Paulo: Cortez, 2008.

SESAU TOCANTINS. Disponível em: <https://saude.to.gov.br/noticia/2020/8/10/hospital-geral-de-palmas-completa-15-anos-de-assistencia-aos-usuarios-do-sus/> Acesso em 27/02/2021

SILVA, G. S. da. Financeirização do Capital, Fundo Público e Políticas Sociais em Tempos de Crise. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (org.). **Saúde na atualidade**: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. 1. ed. – Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 76 p., 2011.

SILVA, W. M. F.; RUIZ, J. L. de S. A centralidade do SUS na pandemia do coronavírus e as disputas com o projeto neoliberal. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, 2020.

SOARES, R. C. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje**: impactos e demandas ao Serviço Social. 2010. 209 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

SOARES, R. C. A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social. In: BRAVO, Maria Inês de Souza; MENEZES, Juliana de Souza Bravo. **Saúde, Serviço Social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2013. p. 91-114

SOUZA, S. A. de. **O siqueirismo no Tocantins: uma filosofia de vida para conduzir o povo a seu destino de grandeza**. Tese (Doutorado em Sociologia) - UFC. Ceará, 2016.

TCU, TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. 2012, Processo nº TC 028.900/2011-1, Relatório de Representação. Disponível em: <https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/documento/acordao-completo/2890020111.PROC/%2520/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/9/%2520>. Acesso em: 03/01/2021

TCU, TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO, 2011, Processo nº 15588/2011-4, Peça 44 - Relatório de fiscalização 589-2011. Disponível em: <https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/redireciona/processo/1558820114>. Acesso em: 03/01/2021

TCU, TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. Acórdão 313/ 2012 de relatoria do Ministro do TCU Marcos Bemquerer Costa, TC 028.900/2011-1. Disponível em: <https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/documento/acordao-completo/AC-0313-06%252F15-P/%2520/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/0/%2520> Acesso em: 03/01/2021

TJ. DECISÃO LIMINAR Disponível em: <https://conexaoto.com.br/noticia/anexo/358126ede64c2038a23ccf08e50acf93> Acesso em: 23/03/2021.

TOCANTINS. Diário Oficial nº 3.365 de 19 de abril de 2011. DECRETO nº. 4.279. Disponível em: <https://diariooficial.to.gov.br/>

TOCANTINS. Diário Oficial nº 3.391 de 30 de maio de 2011. Relatório resumido de execução orçamentária fiscal e da seguridade social do Tocantins, referente aos meses de janeiro a abril de 2011. Disponível em: <https://diariooficial.to.gov.br/>

TOCANTINS. Diário Oficial nº 3.400 de 10 de junho de 2011. Ato nº. 1.889. Disponível em: <https://diariooficial.to.gov.br/>

TOCANTINS. Diário Oficial nº 3.419 de 08 de julho de 2011. Lei estadual nº. 2.472. Disponível em: <https://diariooficial.to.gov.br/>

TOCANTINS. Diário Oficial nº 3.423 de 14 de julho de 2011. Decreto 4.353. Disponível em: <https://diariooficial.to.gov.br/>

TOCANTINS. Diário Oficial nº 3.456 de 30 de agosto de 2011. PORTARIA/SESAU/Nº. 531, de 22 de agosto de 2011. Disponível em: <https://diariooficial.to.gov.br/>

TOCANTINS. Diário Oficial nº 3.457 de 31 de agosto de 2011. Erratas de termos de contrato. Disponível em: <https://diariooficial.to.gov.br/>

TOCANTINS. Diário Oficial nº 3434 de 29 de julho de 2011, comunicado de interesse público nº 001/2011. Disponível em: <https://diariooficial.to.gov.br/>

TOCANTINS. Diário Oficial nº 3442 de 10 de agosto de 2011, Notificação. Disponível em: <https://diariooficial.to.gov.br/>

TOCANTINS. Diário Oficial nº 3500 de 09 de setembro de 2011, Errata processo nº. 2011 3055 001680. Disponível em: <https://diariooficial.to.gov.br/>

TOCANTINS. Diário Oficial nº 5680 de 04 de setembro de 2020, processo nº. 2020.30550.004809. Disponível em: <https://diariooficial.to.gov.br/>

TOCANTINS. Integra Saúde. Disponível em: <http://integra.saude.to.gov.br/Paineis/AtendimentosUrgenciaEmergencia>. Acesso em 25/03/2021.

TOCANTINS. Portal da Transparência, Sessão "Gráficos dos empenhos e pagamentos". Disponível em: <https://www.transparencia.to.gov.br/>. Acesso em 25/03/2021.

TOCANTINS. Secretaria De Estado Da Saúde. <http://integra.saude.to.gov.br/covid19>. Acesso em 18/06/2021

TOCANTINS. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde: 2004 – 2007. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/241751/> Acesso em 01/03/2021

TRF. Tribunal Regional Federal. Disponível em <https://portal.trf1.jus.br/portaltrf1/comunicacao-social/imprensa/noticias/decisao-sao-ilegais-convenios-firmados-entre-entes-publicos-e-oscips-para-gestao-hospitalar-com-contrapartida-financeira.htm>. Acesso em 27/02/2021

VALOR ECONÔMICO. Ranking das 1000 maiores empresas do Brasil, 2019. Disponível em:

[https://especial.valor.com.br/valor1000/2020/ranking1000maiores/Servi%C3%A7os\\_M%C3%A9dicos?orderby=receita\\_asc&colunas=id\\_coluna\\_1-id\\_coluna\\_2-id\\_coluna\\_3-id\\_coluna\\_5-id\\_coluna\\_6-id\\_coluna\\_13-id\\_coluna\\_16-](https://especial.valor.com.br/valor1000/2020/ranking1000maiores/Servi%C3%A7os_M%C3%A9dicos?orderby=receita_asc&colunas=id_coluna_1-id_coluna_2-id_coluna_3-id_coluna_5-id_coluna_6-id_coluna_13-id_coluna_16-) . Acesso em 25/03/2021.