Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do
Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS): reconfiguração
das relações público-privada e avanço da filantropia
mercantil no setor da saúde**

Julia Amorim Santos

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Saúde Pública
Orientador: Prof. Dr. Áquilas Nogueira Mendes

São Paulo

2021

**Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do
SUS (PROADI-SUS): reconfiguração das relações público-
privada e avanço da filantropia mercantil no setor da
saúde**

Julia Amorim Santos

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em ciências.

Área de concentração: Saúde Pública
Orientador: Prof. Dr. Áquilas Nogueira Mendes

São Paulo

2021

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte. O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001

AGRADECIMENTOS

São tantos os que fizeram parte deste processo que é difícil por em palavras todos os agradecimentos necessários. Apesar do produto final desta tese demandar um processo mais singularizado de pesquisa, o acúmulo se deu através de muitas mãos, mentes e vivências concretas que perpassaram estes últimos anos. Certamente corro o risco de não fazer menção direta a algumas pessoas, mas ainda me atrevo a delinear nestas linhas meu sincero agradecimento para algumas delas que marcaram a elaboração e escrita desta pesquisa.

Primeiramente meu muito obrigada ao Prof. Dr. Aquilas Nogueira Mendes, pelo apoio e orientação, guiando-me no desenvolvimento deste trabalho. A possibilidade de estar inserida no grupo de pesquisa “Saúde, Estado e Capitalismo Contemporâneo”, coordenado pelo mesmo, proporcionou-me a oportunidade de encontrar pessoas muito significativas neste meu processo de formação que, para além de colegas do ambiente acadêmico, posso dizer certamente que se tornaram referências para caminhada da vida. Gostaria de fazer um especial agradecimento ao Jair e ao Chicão, com os quais a pós-graduação passou a ter tonalidades mais vivas, com quem aprendi que leveza e intensidade se complementam e pude compartilhar meu cotidiano e inquietudes. Agradeço também à Profa Dra. Virgínia, Profa Dra. Célia, à Lígia, ao José Alexandre, ao Helton, ao Felipe, à Sônia e ao GG por tantas discussões fundamentais neste processo e por algumas boas cervejas.

Agradeço também aos funcionários do Ministério da Saúde, CONASS, CONASEMS e dos hospitais que compõe o PROADI-SUS que contribuíram para o fornecimento de dados que possibilitaram o desenvolvimento do trabalho, seja através de entrevista, envio de materiais e disponibilização de documentos.

Agradeço aos membros da banca qualificação Profa. Dra. Virginia Junqueira e Dra. Profa. Caroline Roig Catini, além dos membros da banca de defesa Profa. Dra. Virginia Junqueira, Profa. Dra. Célia Maria Sivalli Campos e Profa. Dra. Caroline Roig Catini. As ponderações e debates realizados se constituíram como um intenso momento de formação e qualificação da tese, com preciosas ponderações.

Agradeço aos docentes, funcionários e alunos da USP com quem compartilhei este momento de pós-graduação, além dos docentes, funcionários e alunos da Unifacp, instituição em que estou exercendo meu trabalho docente e descobrindo a arte de ensinar e aprender.

Obviamente não posso deixar de agradecer à Luciana Palhares, que além de irmã que ganhei no percurso da vida, contribuiu tão intensamente na sistematização e organização dos

dados desta pesquisa. Este processo foi muito desafiador frente à dissonância e complexidade dos dados acessados e Luciana contribuiu para que pudesse sistematicamente garantir a análise e metodologia proposta. Agradeço, também, à Caroline Florido, outra irmã que encontrei nestes últimos anos, pelos estudos regulares, debates, cafés da tarde e muitos sambas. Agradeço à Mariana Afonso que para além de tanta cumplicidade e amparo, me acolheu tantas vezes nas minhas idas à São Paulo durante o desenvolvimento desta tese.

Agradeço ao Prof. Dr. Gastão Wagner Campos e colegas do Coletivo Paideia, os quais marcaram meu processo de elaboração da dissertação de mestrado e que me mantêm próxima das discussões do SUS e da formação dos trabalhadores no cotidiano dos serviços de saúde. Um especial agradecimento a todos os trabalhadores que pude encontrar nos cursos de formação de que participei concomitante ao desenvolvimento desta tese, além dos colegas Lilian, Monica, Robênia, Adilson, Adail, André, Felipe, Paulinho, Prof Gustavo, Gisele e Elisa.

Os acúmulos coletivos e espaços de militância também delinearam de muitas maneiras minhas reflexões e análises. Um fraterno agradecimento aos companheiros do Fórum Popular de Saúde de Campinas, da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde e aos camaradas do Partido Comunista Brasileiro (PCB) por compartilharem as lutas e a perspectiva socialista.

À ialorixá Tatiana Rocha, mãezinha Jô, pai Cris, Eliana e todos os irmãos do Terreiro Mãe de Deus pelo amparo, cumplicidade e ensinamento de que cuidado, disciplina, resistência e luta se manifesta de distintas maneiras no cotidiano. Salve todos os orixás e as sete linhas de umbanda!

Não tenho palavras para agradecer à minha mãe Katia, que de tantas maneiras compartilha o cotidiano e me dá suporte incondicional para seguir meus sonhos, me fortalece e tanto contribuiu para a escrita e revisão deste texto. Agradeço ao Fernando, meu companheiro, à Nyanne e ao Caue, com quem constituí nosso lar e desenvolvi tanta cumplicidade nestes últimos anos, nos aventurando e sonhando juntos. Ao meu pai Carlos, tia Iraci e tia Floripes pelo amparo e ensinamentos de sempre. Ao meu irmão Olavo e à Mari por todo suporte, mesmo a distância, e por ajudarem a concretizar mudanças tão significativas na minha vida. Aos queridos amigos Laurinha, Lauren, Mali, Telma, Taufic, Brunão, Pedrinho, Lucas B., Jana, Taninha, Aline, Nanda, Flavio e Raqueli, por acompanhar o cotidiano de muitas formas e fazer com que a vida seja permeada de samba e alegria.

RESUMO

SANTOS, J. A. **Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS): reconfiguração das relações público-privada e avanço da filantropia mercantil no setor da saúde.** 2021. Tese – Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2021.

O PROADI-SUS, implementado a partir de 2009, constituiu um novo arranjo de articulação da relação público e privado nas políticas de saúde no Brasil. É um programa do Ministério da Saúde com hospitais filantrópicos que estabelece uma alternativa à filantropia tradicional voltada à realização de ações assistenciais. É previsto a instituição de projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS abrangendo ações de pesquisa, capacitação profissional e gestão em serviços de saúde, para além da oferta do cuidado à saúde. Em função disso, teve-se como objetivo desta tese analisar as características do programa considerando o seu teor histórico, sua configuração e como se manifesta essa relação público-privado nas políticas de saúde. A análise se apoia no materialismo histórico-dialético e na teoria social crítica. Foi utilizada a estratégia de pesquisa da triangulação de informações e validação consensual, considerando revisão bibliográfica, pesquisa documental e realização de entrevistas semiestruturadas considerando o período de análise os triênios 2009-2011, 2012-2014 e 2015-2017. É possível afirmar que o PROADI-SUS é a expressão de uma reconfiguração do setor filantrópico. Não foi reconhecida experiência prévia como essa na gestão estatal no setor saúde, embora a prática de se ter isenção fiscal através da realização de projetos já viesse sendo realizada por hospitais considerados estratégicos desde 1998. A instituição do PROADI-SUS se justifica, inclusive, como maneira de melhor acompanhamento desta modalidade de filantropia. Segundo a literatura, as práticas de responsabilidade social empresarial e a filantropia mercantil se constituíram como um dos eixos de uma nova experiência social na política brasileira, através das quais o empresariado acabou por fortalecer intervenções com projetos sociais gerenciados por meio de organizações privadas. Em consonância com orientações de organismos internacionais, observa-se, nos anos 1990, uma ampliação do processo de refilantropização e instituição de contrarreformas gerenciais, e, nos anos 2000, a ampliação da racionalidade de adaptação e de transferência dos conhecimentos gerenciais desenvolvidos no setor privado para a esfera estatal. Tem-se a leitura de que o PROADI-SUS está diretamente articulado com essa reconfiguração das políticas sociais. Todos os hospitais que compõem o programa são instituições de grande porte, que concentram montante significativo do capital do setor privado da saúde, representando importante parcela do empresariado do setor. Consta-se que, nos triênios analisados, foram realizados 407 projetos, totalizando um valor de R\$3.377.444.187,62. Houve um aumento real dos recursos do programa, com variação percentual anual de 40% e 42% para o segundo e o terceiro triênio. Dados indicaram benefício direto das instituições privadas, para além da isenção concedida propriamente dita, além de dificuldade no alinhamento dos projetos às diretrizes do SUS. Constatou-se fragilidade no monitoramento e avaliação do programa, com falta de transparência. No entanto, em um cenário de austeridade e desfinanciamento da política de saúde, recursos dos gastos tributários foram considerados como significativos para implementação das políticas sociais, além do programa ter sido indicado como uma forma de superar a burocracia estatal. O PROADI-SUS pode ser entendido como mais uma expressão das políticas neoliberais, que levou a novos estatutos jurídicos e a novas formas de compreensão do direito à saúde nas políticas sociais, instituindo um arranjo da filantropia-mercantil no setor da saúde.

Palavras-chave: parceria público-privado; responsabilidade social empresarial; PROADI-SUS; filantropia-mercantil; política social; capitalismo.

ABSTRACT

SANTOS, J. A. SUS Institutional Development Support Program (PROADI-SUS): reconfiguration of public-private sector partnerships and the advancement of mercantile philanthropy in the health sector. 2021. Tese – Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2021.

PROADI-SUS, implemented in 2009, constituted a new arrangement for the public-private sector relationship in health policies in Brazil. It's a program of the Ministry of Health with philanthropic hospitals that provides an alternative to traditional philanthropy that offers health care provision. The achievement of projects to support the institutional development of the public health system is foreseen, covering research actions, professional training and management in health services, in addition to providing health care services. Thus, the research objective of this thesis was to analyze the characteristics of the program considering the historical context, its configuration and how this public-private partnership is manifested in health policies. The analysis was based on historical-dialectical materialism perspective and critical social theory. It was used the method of information triangulation and consensual validation, considering a literature review, document research and semi-structured interviews contemplating the period of analysis of trienniums 2009-2011, 2012-2014 and 2015-2017. It's possible to affirm that PROADI-SUS is the expression of reconfiguration of the philanthropic sector. It wasn't recognized previous experience as this program in the public management in the public health sector, although hospitals considered strategic already had the practice of having tax exemption through carrying out projects since 1998. The institution of PROADI-SUS is justified as a way of better monitoring this philanthropy's modality. According to the literature, corporate social responsibility practices and mercantile philanthropy constituted one of the axes of a new social experience in Brazilian social policies, through the business corporation stretching interventions with social projects managed by private organizations. In line with the guidelines of international organizations, in the 1990's there was an expansion of the process of re-philantropization and public management reform, and, in the 2000's, there was an expansion of the rationality and transference of managerial knowledge developed in the private sector for the public sector. PROADI-SUS is directly articulating with this reconfiguration of social policies. All hospitals that are part of the program are large institutions, which concentrate a significant of private capital of health sector, representing a considerable group of the business corporate of sector. During the period analyzed, there were 407 projects carried out in an amount of R\$3.377.444.187,62. There was a real increase in the program's resources, with an annual variation of 40% and 42% for the second and the third trienniums. Data indicates that there was a direct benefit of the private institutions, in addition to the exemption granted itself, and was notified difficulties in aligning projects with the public health system guidelines. There was a fragile monitoring and evaluation of the program, with a lack of transparency. However, in a scenario of austerity and unfunded health policy, resources of tax expenditures are considered significant for the social policies, in addition to the program be considered a way to overcome state bureaucracy. PROADI-SUS can be understood as another expression of neoliberal policies, which led to new legal status and a new way of understanding the right of health care in the social policies, instituting an arrangement of mercantile philanthropy in the public health sector.

Keywords: Public-private sector partnerships; corporate social responsibility; PROADI-SUS; mercantile philanthropy; social policies; capitalism.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1. METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	16
1.1 Revisão bibliográfica.....	19
1.2 Pesquisa documental	20
1.3 Realização de entrevistas	24
1.4 Aspectos éticos.....	25
2. APRESENTAÇÃO DA TESE	25
 CAPÍTULO 1 - FORMA DO DIREITO E FORMA ESTATAL: REFERENCIAL TEÓRICO PARA SUBSIDIAR A ANÁLISE DO PROADI-SUS	 28
1. A SOCIABILIDADE CAPITALISTA COMO ENORME COLEÇÃO DE MERCADORIAS: A FORMA-MERCADORIA.....	31
2. A FORMA-JURÍDICA: A CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO DE DIREITO	37
3. ESTADO E A FORMA-POLÍTICA: A APARENTE DISSOCIAÇÃO ENTRE PÚBLICO E PRIVADO	44
4. POLÍTICAS NEOLIBERAIS E REFORMAS GERENCIAIS: MUDANÇAS NA FORMA-JURÍDICA E FORMA-ESTADO FRENTE AS EXIGÊNCIAS DO CAPITAL 50	
 CAPÍTULO 2 — ANTECEDENTES À IMPLEMENTAÇÃO DO PROADI- SUS: CONTRARREFORMA DO ESTADO NOS ANOS 1990 E O REDIMENSIONAMENTO DO SETOR FILANTRÓPICO NO BRASIL. 60	
1. A IMPLEMENTAÇÃO DA CONTRARREFORMA DO ESTADO NO BRASIL ANOS 1990	61
2. ASPECTOS DA REGULAMENTAÇÃO INSTITUCIONAL DO SETOR FILANTRÓPICO NOS ANOS 1990	73
 CAPÍTULO 3 — CONTEXTO POLÍTICO E ECONÔMICO DA CONSTITUIÇÃO DO PROADI-SUS: OS GOVERNOS DOS ANOS 2000	 81
1. GOVERNOS DOS ANOS 2000: O AVANÇO DA FILANTROPIA-MERCANTIL NO SETOR SAÚDE	83

2. REGULAMENTAÇÃO E INCENTIVOS AO SETOR FILANTRÓPICO NA ÁREA DA SAÚDE A PARTIR DOS ANOS 2000.....	100
 CAPÍTULO 4 — PROADI-SUS: FILANTROPIA MERCANTIL NO SETOR DA SAÚDE	110
1. CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS DO PROADI-SUS.....	111
2. CARACTERIZAÇÃO DOS HOSPITAIS E “CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE” PARA PARTICIPAÇÃO NO PROADI-SUS.....	120
3. CARACTERIZAÇÃO DOS PROJETOS DOS TRÊS PRIMEIROS TRIÊNIOS	130
4. GESTÃO DO PROADI-SUS: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROGRAMA?	147
4.1 Monitoramento e acompanhamento de projetos com criação de indicadores e análise de resultados.....	154
3.2 Avaliação financeira e abertura da prestação de contas	165
 CONSIDERAÇÕES FINAIS	174
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA	185
 APÊNDICE	198

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	- Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABRES	- Associação Brasileira de Economia da Saúde;
BID	- Banco Interamericano de Desenvolvimento
BM	- Banco Mundial
BNDES	- Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
Bovespa	- Bolsa de Valores de São Paulo
Capes	- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEBAS	- Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social
CEBES	- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
CGU	- Controladoria-Geral da União
Cies	- Comissão de Integração Ensino-Serviço
CIR	- Comissões Intergestoras Regionais
CLT	- Consolidação das Leis do Trabalho
CMC	- Coordenação de Monitoramento de Custos
CNAS	- Conselho Nacional de Assistência Social
CNPq	- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
Cofins	- Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
Conasems	- Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
Conass	- Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONJUR	- Consultoria Jurídica
CPCN	- Coordenação de Projetos de Cooperação Nacional
CPMF	- Contribuição Provisória sobre Movimentação Fiscal
CSLL	- Contribuição Social sobre Lucro Líquido
Decit	- Departamento de Ciência e Tecnologia
DESID	- Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento
DERAC	- Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas
DRU	- Desvinculação das Receitas da União
EAD	- Ensino a Distância
EC	- Emenda Constitucional
EDN	- Estratégia Democrático Nacional

EDP	- Estratégia Democrático Popular
ENSP	- Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Febraban	- Federação Brasileira de Bancos
FEDP	- Fundações Estatais de Direito Privado
FHC	- Fernando Henrique Cardoso
Fies	- Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior
Fiesp	- Federação das Indústrias do Estado de São Paulo
FMI	- Fundo Monetário Internacional
FNCPS	- Frente Nacional Contra a Privatização na Saúde
FNDCT	- Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
IFEs	- Instituições de Ensino Superior
INAMPS	- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
Ipea	- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MARE	- Ministério da Administração e da Reforma do Estado
MS	- Ministério da Saúde
NUNES	- Núcleo Nacional de Economia da Saúde
ONGs	- Organizações Não-Governamentais
ONU	- Organização das Nações Unidas
PACS	- Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
PAI	- Programa de Ação Imediata
PCB	- Partido Comunista Brasileiro
PDRE	- Plano Diretor da Reforma do Estado
PIB	- Produto Interno Bruto
PIS	- Programa de Integração Social
PNAB	- Política Nacional da Atenção Básica
PRONAS/PCD	- Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência
PRONON	- Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica
ProSUS	- Programa de Fortalecimento e Modernização das Entidades Filantrópicas de Saúde Integrantes do Sistema Único de Saúde
Prouni	- Programa Universidade para Todos
PSF	- Programa Saúde da Família
PT	- Partido dos Trabalhadores

RAG	- Relatório Anual de Gestão
RCB	- Receita Corrente Bruta
ReforSUS	- Reforço à Reorganização do SUS
Reuni	- Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais
SCTIE	- Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SGEP	- Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SGTES	- Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCI	- Tecnologias de Informação e Comunicação
TCU	- Tribunal de Contas da União
UNICAMP	- Universidade Estadual de São Paulo
USP	- Universidade de São Paulo
UTI	- Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dados dos gastos tributários e gastos tributários vinculados ao setor filantrópico no período de 1994 a 2000, considerando a variação percentual anual	74
Tabela 2 - Gastos tributários gerais do governo federal e os vinculados ao setor filantrópico no período entre 2001 a 2017, considerando a variação percentual anual	93
Tabela 3 - Indicação do número de projetos e os valores de isenção fiscal de cada uma das instituições que compõem o PROADI-SUS, considerando o triênio 2009–2011, o triênio 2012–2014, o triênio 2015–2017 e referência total para o período estudado.....	131
Tabela 4 - Indicação da porcentagem de projetos e porcentagem dos valores de isenção fiscal de cada uma das instituições que compõe o PROADI-SUS, considerando o triênio 2009–2011, o triênio 2012–2014, o triênio 2015–2017 e referência total para o período estudado	133
Tabela 5 - Valor médio de projeto de cada uma das instituições que compõe o PROADI-SUS, considerando o triênio 2009–2011, o triênio 2012–2014, o triênio 2015–2017 e referência total para o período estudado.....	134
Tabela 6 - Indicação do número de projetos, área de atuação e os valores de isenção fiscal dos projetos vinculados ao BNDES considerando o triênio 2012–2014 e o triênio 2015-2017...	135
Tabela 7 - Projetos PROADI-SUS conforme área de atuação, segundo a quantidade de projetos realizados e valores aplicados no triênio 2009–2011, no triênio 2012–2014, e no triênio 2015–2017	136
Tabela 8 - Média ponderada para atribuir um peso de avaliação na Oficina de Avaliação do Primeiro Ciclo PROADI-SUS (2012), discriminando as dimensões de conteúdo dos relatórios, apresentação dos processos e resultados, com cálculo geral da avaliação para cada hospital	157

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Gastos tributários relacionados ao setor filantrópico, segundo a função da assistência social, ciência e tecnologia, cultura, esporte e lazer, educação e saúde entre 2004 a 2017	94
Gráfico 2 - Gastos tributários da função saúde, subdividido em gastos relacionados ao setor filantrópico e demais despesas nos anos entre 2004 a 2017	101
Gráfico 3 - Requerimento de concessão/renovação do CEBAS Saúde no período entre 2010 a 2017	107
Gráfico 4 - Valor de isenção fiscal por hospital que compõe o PROADI-SUS, considerando o triênio 2009–2011, o triênio e o triênio 2015–2017	132
Gráfico 5 - Valor dos projetos assistenciais desenvolvidos no PROADI-SUS, por Hospital, no triênio 2009–2011, no triênio 2012–2014, e no triênio 2015–2017	145

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Indicação dos setores do Estado segundo a sua Forma de Propriedade e Forma de Administração prevista no plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado	67
Figura 2 - Distribuição geográfica das entidades beneficentes que prestam serviços ao SUS	107
Figura 3 - Organograma de funcionamento do DESID (estrutura aprovada no Decreto n.º 8.065/2013).....	117

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Indicação dos temas prioritários do PROADI-SUS, estabelecidos para o triênio 2009–2011, o triênio 2012–2014 e o triênio 2015–2017.....	120
Quadro 2 - Caracterização dos Hospitais inseridos no PROADI-SUS, considerando data de fundação, município, número de profissionais, número de exames anual e leitos disponíveis em 2017	127
Quadro 3 - Apresentação de dados referentes à produção científica e às atividades de ensino dos seis hospitais que integram o PROADI-SUS, conforme informações de 2017	129

INTRODUÇÃO

A partir do ano de 2020, quando os diversos países se depararam com a pandemia de Covid-19, tendo que lidar com a totalidade da crise capitalista, nas dimensões sanitária, ecológica, econômica e política (CARNUT; MENDES; GUERRA, 2020), o debate da saúde pública ganhou destaque em todos os noticiários e em diversos âmbitos da sociedade brasileira. A discussão sobre o acesso à saúde como um direito de todos e o papel do Estado em ofertar esses serviços à população está explicitada diariamente nesse último período. As demandas perpassam desde a disponibilidade de atendimento para diagnóstico, o acesso a exames, o suporte a casos graves que necessitem de internação em leito de enfermaria ou de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o acesso a oxigênio, e até a garantia de vacina para todos e todas. São inúmeros os exemplos que podem ser dados como referência ao debate à saúde pública e ao papel do Estado na garantia de condições mínimas e direitos básicos para a população frente à pandemia enfrentada no país e em âmbito internacional.

Na literatura científica da área da Saúde Coletiva, é consenso que o Sistema Único de Saúde (SUS) — instituído a partir da Constituição de 1988, no Brasil — representa um avanço para o país, ao consolidar as políticas na área como direito humano básico universal. Esse sistema, baseado no modelo de proteção na perspectiva da Seguridade Social, segue princípios da universalidade, equidade e integralidade, com descentralização e regionalização das ações, além de expansão da participação social na formulação das políticas de saúde, acompanhamento e avaliação dessas (BRASIL, 1988; PAIM et al., 2011). O Estado passa a instituir um arranjo para oferta da saúde, comumente referenciado como setor público.

No entanto, significativas mudanças e reconfigurações das políticas sociais foram implementadas ao longo das décadas de 1990 e 2000, fazendo-se urgente realizar uma análise crítica sobre os desafios agora colocados quanto às políticas sociais em saúde no país. Ao se analisar a tendência colocada para esse setor, percebe-se que vêm se intensificando as mudanças institucionais realizadas nos últimos anos com as contrarreformas administrativas, conjugadas às demandas provenientes do governo, da iniciativa privada e de outros setores da sociedade (SANTOS, 2018).

Antes da instituição do SUS, a política de saúde tinha um caráter securitário e focalista, sendo que o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) oferecia cuidado para quem possuía vínculo empregatício com carteira assinada. As primeiras experiências de políticas de saúde para a população brasileira surgiram com aspecto restritivo

e fortemente ligadas ao setor privado, sendo que a maior parte do atendimento em saúde era realizada pela iniciativa privada, por meio da compra de serviços de terceiros, com a lógica da remuneração por produção (BAHIA, 1997, 2005; CARDOSO, 2013; OLIVEIRA; FLEURY, 1986).

Essa articulação entre o setor estatal e o setor privado foi mantida, mesmo com a instituição do SUS, já que na Constituição Federal de 1988 ficou estabelecido que o Estado deve garantir uma rede de serviços própria, sem, no entanto, excluir a possibilidade de participação de entidades privadas de forma complementar (BRASIL, 1988). Ficou explicitado, dessa maneira, que o setor privado comporia com o setor estatal as ações de saúde, mediante o estabelecimento de contratos e convênios (como trata o artigo 197 e 199¹).

A partir da Constituição de 1988, estabeleceu-se, também, a existência de uma rede de serviços privados que não possuiria vínculos com o sistema público, denominada posteriormente como “serviços suplementares” por meio da Lei n.º 8.080/1990, a qual atende à população mediante pagamento direto ou por instituições que intermediassem a relação prestador-consumidor (BRASIL, 1990). Dessa forma, mesmo com a instituição do SUS, manteve-se o quadro de acesso diferenciado de parte da população aos cuidados de saúde.

Instituiu-se, assim, um tênue limite entre o que foi denominado esfera pública e privada. Houve uma tendência de crescimento das formas privadas de atenção, em especial do seguro saúde (BAHIA, 1997). Foi estabelecida, na década de 1990, um “pacto de modernização” com mudanças na administração estatal e com novas propostas gerenciais, processo esse articulado à liberalização comercial, às privatizações do parque industrial e ao programa de estabilização monetária (Plano Real) (BEHRING, 2008). Há expressão dessa ampliação do setor privado em âmbito estatal em diferentes esferas, como no financiamento das políticas de saúde; na provisão de serviços, incluindo os serviços gratuitos (estatais e complementares) e os do setor suplementar; e a transferência do gerenciamento à órbita das iniciativas privadas, por meio dos “novos modelos de gestão” (SANTOS, 2018).

---

¹ Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1. As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. § 2. É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos. § 3. É vedada a participação direta ou indireta de empresas, ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei. §4. A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado toda categoria de comercialização.

Mas, para além destes arranjos já consolidados no setor da saúde, observa-se uma mudança na lógica de compreender o direito e de estabelecer o trato da questão social² nos anos 2000. Há uma ampliação do processo de refilantropização (MONTAÑO, 2002) inclusive na área da saúde a partir de uma perspectiva mercantil-filantrópica, arranjo este instituído inicialmente no setor de Assistência Social nos anos 1990 (FONTES, 2006; YAZBECK, 1995).

Constata-se, assim, que ao longo da implementação do SUS, há uma ampliação da imbricação entre a dita esfera pública/estatal e esfera privada, dos direitos sociais e dos direitos individuais. Paralelo a isso, ocorreram significativas mudanças e reconfigurações das políticas sociais em âmbito internacional ao longo dos anos 1980 e 1990, com arranjos que contribuem para sustentar a possibilidade de aliar práticas de mercado à justiça social no novo contexto político e econômico (BEHRING, 2008; BEHRING; BOSCHETTI, 2011; MONTAÑO, 2002).

Para além da tradicional expressão da parceria público e privada, que se caracteriza com a compra e venda de serviços, assistência ofertada pelos trabalhos filantrópicos ou a terceirização da gestão pública para serviços “públicos não-estatal” com os novos modelos gerenciais implementados nos anos 1990, compreende-se uma nova categoria de racionalidade que passa a orientar o Estado e a forma que se implementa a política de saúde, com uma mudança no setor filantrópico, considerando a caracterização de uma filantropia-mercantil. Esse processo se materializou ao final da primeira década dos 2000, especialmente na criação de um programa de parceria entre o SUS e os hospitais considerados como estratégicos e de excelência, constituindo o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional ao Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS)³.

Nessa perspectiva, esta tese de doutorado visa analisar as características do PROADI-SUS, instituído no Brasil a partir de 2009, considerando o seu teor histórico e sua configuração,

---

² Compreende-se o termo questão social como a expressão da contradição capital-trabalho característica no modo de produção capitalista. Se expressa a dinâmica societária considerando a desigual participação na distribuição de riqueza social, processo de exploração da força de trabalho e o antagonismo de classe para garantia do processo de acumulação do capital (MONTAÑO, 2002; BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

³ Em 2001, alguns hospitais considerados como estratégicos receberam a concessão de filantropia mesmo não garantindo o cumprimento do então critério estabelecido de oferta de atendimentos ao SUS igual ou superior a 60% do total disponível no respectivo hospital. A partir de 2006, houve a introdução de novos critérios para a concessão do certificado de filantropia, estabelecendo-se, além da oferta de serviços de assistência, a possibilidade de realização de projetos de apoio. Esses hospitais inscritos nessa nova modalidade de filantropia foram denominados hospitais de excelência. Como será apresentado ao longo desta tese, os critérios de elegibilidade para ser considerado de excelência não estavam claros, sendo que documentos institucionais passaram a diferenciar os hospitais que tinham reconhecimento de excelência, no entanto, que estariam ou não inseridos no PROADI-SUS. A partir disso, serão mencionados os hospitais inseridos no PROADI-SUS, mas não será usada a nomenclatura “de excelência”, apesar dessa estar em alguns documentos institucionais.

e como manifesta a articulação da relação público e privado nas políticas de saúde, em diálogo com o contexto de implementação das políticas sociais de maneira mais ampla.

Teve-se como hipótese inicial que esse programa se configurou no bojo e é expressão da política social implementada no país, considerando uma intensificação da relação público-privada constituída nos anos 1990, com as reformas gerenciais, a qual foi ampliada nos anos 2000.

Visa-se analisar, por meio deste programa, um processo de reconfiguração da relação público-privada, considerando o recorte da filantropia vinculada ao setor saúde. Assim, para esta tese, definiram-se como objetivos específicos: 1) articular a análise desse programa e da política social brasileira com movimentos gerais que vêm se instituindo nas políticas sociais de caráter universal em outros países; 2) articular a análise desse programa com a singularidade da política pública de saúde no Brasil, considerando o contexto político, econômico e cultural; e 3) caracterizar as instituições que compõem os programas, os eixos estratégicos implementados e o processo de gestão, monitoramento e avaliação do PROADI-SUS nos triênios de 2009–2011; 2012–2014; 2015–2017.

1. METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A análise do PROADI-SUS se apoia no materialismo histórico dialético e sua fundamentação teórico-metodológica encontra bases na razão dialética da teoria social crítica fundamentada por Marx (2014). Essa permite entender a totalidade do objeto utilizado nesta pesquisa, o PROADI-SUS, sua articulação com a política social brasileira e o contexto do capitalismo contemporâneo.

Rejeita-se a análise a-histórica e neutra da realidade em estudo. Nessa perspectiva, a concepção da história é, sobretudo, um guia de reflexão (ENGELS, [s.d.]), sendo necessário realizar a mediação com o atual momento de reprodução social e constituições das relações sociais. Assim, os conhecimentos históricos não correspondem simplesmente à simples agregação dos dados e fatos da realidade, mas pressupõem a apreensão da síntese de muitas determinações, num movimento de explicitar as conexões existentes entre os mesmos, em uma perspectiva totalizante (MARX, 1982).

Parte-se do pressuposto que esse paradigma é mais adequado para a compreensão do objeto de estudo, por se basear numa visão da totalidade concreta do fenômeno, já que a política social de saúde deve ser analisada nessa perspectiva. Netto (2011), ao abordar o método de Marx, comenta que:

[...] o conhecimento teórico é o conhecimento do objeto — de sua estrutura e dinâmica — tal como ele é, em si mesmo, na sua existência real e efetiva, independentemente dos desejos, das aspirações e das representações do pesquisador. A teoria é para Marx, a reprodução ideal do movimento real do objeto pelo sujeito que pesquisa: pela teoria, o sujeito reproduz em seu pensamento a estrutura e a dinâmica do objeto que pesquisa. E esta reprodução será tanto mais correta e verdadeira quanto mais fiel o sujeito for ao objeto (NETTO, 2011 p. 20–21).

O método marxiano permite ter uma apreensão da sociedade, entender, a partir da totalidade, da mediação e da contradição, o que está posto no real concreto. Esse método pode ser caracterizado, depois da etapa de investigação, como de “exposição”, explicitando a contradição e crítica. Desse modo, destaca-se o modo como o objeto, suficientemente apreendido e analisado, se desdobra em suas articulações próprias e como o pensamento as desenvolve em suas determinações conceituais correspondentes, organizando um discurso metódico (MÜLLER, 1982).

Dessa forma, visou-se fazer uma mediação entre uma leitura mais geral dos processos sociais, com análises de uma realidade singular, que no caso é o Brasil e o setor da saúde. Cabe a análise de cada um dos complexos constitutivos da totalidade, sendo crucial investigar como as relações sociais se dão em cada localidade, além da relação entre esse local e a totalidade inclusiva, a sociedade burguesa (NETTO, 2011).

Em outras palavras, considera-se essencial apreender as particularidades presentes por meio dos diferentes procedimentos metodológicos utilizados, compondo uma compreensão do material empírico levantado, de maneira a estabelecer um movimento que se eleva do empírico para o teórico e vice-versa, possibilitando a construção de sínteses que permeiam o concreto e o abstrato, o particular e o geral (MINAYO et al., 1994).

Optou-se por trabalhar com diferentes procedimentos metodológicos, como revisão bibliográfica, análise documental e realização de entrevistas semiestruturadas, como tratado especificamente no capítulo 4 desta tese com apresentação dos dados do PROADI-SUS. O material levantado foi tratado de maneira a considerar o contexto da ação a ser analisada, além de buscar captar o movimento, as contradições e os condicionantes históricos (MINAYO, 2014).

Minayo (2016) afirma que qualquer mudança social e institucional é um fenômeno simultaneamente histórico, coletivo, estrutural e relacional, o qual deve ser entendido dentro do seu nível de especificidade quanto às mudanças a que se propõe, além de se levar em conta os

contextos ampliados de organização do sistema social, cultural e do universo de valores de determinado momento histórico.

A partir do levantamento de dados, sistematicamente organizado ao longo de todo o processo de coleta, foi utilizada a estratégia de pesquisa da triangulação de informações e validação consensual para tratamento dos dados (GOMES et al., 2016; MINAYO, 2014; MINAYO et al., 2016).

Behring e Boschetti (2011) afirmam, a partir de uma revisão paradigmática dos estudos das políticas sociais, que muitos trabalhos acabam por comportar certa subestimação das determinações econômicas nas políticas sociais. Pautar essa articulação das determinações econômicas nas políticas sociais, segundo as autoras, em hipótese alguma corresponde a se ter uma leitura economicista dos processos sociais. Ao contrário, essa perspectiva na análise é significativa aos estudos de maneira a superar:

- 1) Um tratamento da política social que separa produção e reprodução social das políticas públicas, apostando nessas últimas como solução para a desigualdade, sem considerar a natureza do capitalismo;
- 2) Uma visão de política social que se reduz à vontade política dos sujeitos, à regulação dos conflitos, à busca de legitimidade e de consensos, a respostas às pressões dos movimentos sociais, com uma certa superestimação dos sujeitos políticos;
- 3) Uma visão de certo estatismo, apresentando esse como centro das análises, sem caracterização clara do Estado com pouco debate da articulação das esferas “pública e privada” e sem dimensão da rede institucional privada mobilizada pelas políticas sociais.

Behring e Boschetti (2011) indicam também que a análise das políticas sociais sob esse enfoque deve considerar: 1) a natureza do capitalismo, seu grau de desenvolvimento e as estratégias de acumulação prevalentes; 2) a participação do Estado na regulação e na implementação das políticas públicas; 3) papel das classes sociais.

Para tanto, visando uma maior compreensão do processo de instituição do SUS e dos programas para seu fortalecimento, é essencial que se observe a interação do conjunto de determinações econômicas, políticas e culturais, sem superdimensionamento analítico unilateral das determinações econômicas ou políticas. Busca-se incluir, no debate do SUS e o setor saúde, o entendimento desse processo em sua relação com a crise contemporânea do capital (MENDES, 2012).

1.1 Revisão bibliográfica

Para o desenvolvimento da revisão bibliográfica, parte-se do pressuposto de que essa forma de pesquisa deve utilizar informações bibliográficas impressas e eletrônicas para obtenção de informações, com o objetivo de fundamentar teoricamente um determinado objeto. Utiliza-se o recurso da revisão de literatura narrativa, a qual busca apresentar “o estado da arte” de um determinado assunto, tratando-o do ponto de vista teórico e contextual (ROTHER, 2007).

Trabalha-se com uma revisão bibliográfica a partir do banco de dados da BIREME, da CAPES, além do acervo de bibliotecas públicas de referência, como da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) e da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Não coube pré-determinar as fontes e os protocolos de busca, mas considerar, de maneira abrangente, a literatura que trata dos temas aqui trabalhados. Aborda-se o tema de maneira a expressar a compreensão do movimento da área, sua configuração, propensões teórico metodológicas, além de uma análise crítica relacionada ao objeto central desta pesquisa.

Em relação ao PROADI-SUS, foi realizada uma revisão bibliográfica nos bancos de dados, tendo obtido acesso a pouquíssimo material, a maioria referente a documentos institucionais do próprio programa. Essa constatação pode ser referendada por um capítulo de livro “Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde: análise qualiquantitativa” (MORAIS et al., 2020) e a apresentação de um trabalho no 9.º Congresso Ibero-americano em Investigação Qualitativa “Caracterização dos projetos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde nos triênios de 2009–2011 e 2012–2014” (MORAIS; ROSA; ARAGÃO, 2019). Ambos os trabalhos fizeram uma caracterização dos projetos do PROADI-SUS nos triênios de 2009–2011 e 2012–2014. No material apresentado, indica-se a falta de análises tanto referente à publicação acadêmica como de relatórios oficiais do Ministério da Saúde, não sendo possível localizar avaliações dos resultados do PROADI-SUS ou indicadores de impacto social com a execução dos projetos.

Dessa maneira, por mais que esse programa tenha apresentado inovações e singularidades na gestão estatal, além de contar com recursos financeiros significativos para o desenvolvimento de projetos como apresentado no capítulo 4, o que por si só levaria à necessidade de avaliação desse, o que se constata é a falta de publicação referente a essa experiência institucional.

Frente a escassez de referências relacionadas ao PROADI-SUS, a revisão considerou outros termos-chaves relacionados ao objeto, como a “filantropia”, as “parcerias público-privado”; as “políticas neoliberais”; a “isenção fiscal”; e a “política pública de saúde”.

1.2 Pesquisa documental

Para o tratamento do objeto desta Tese, optou-se pela abordagem qualitativa, pois possibilita a compreensão detalhada das peculiaridades que permeiam o PROADI-SUS e a política social de saúde. A pesquisa qualitativa se apresenta como proposta oportuna, à medida que se trata de uma forma de investigação interpretativa que busca compreender a realidade social, correlacionando as estruturas e instituições identificáveis por um lado, crenças e valores por outro, para buscar seu significado na vida social (MINAYO et al., 1994).

Dentre os tipos de pesquisa qualitativa, trabalha-se com a pesquisa documental. Essa está fundamentada na averiguação de materiais que não passaram anteriormente por um tratamento analítico e ainda podem ser reelaborados em consonância com os objetos da pesquisa (GIL, 2008). Esse é o caso dos Relatórios e Atas do PROADI-SUS utilizados nessa pesquisa. Os dados obtidos para a análise são estritamente provenientes de documentos, com o objetivo de extrair informações neles contidas, de modo a compreender um fenômeno como o PROADI-SUS.

Segundo Oliveira (2007), na pesquisa documental, o trabalho do pesquisador exige uma análise metódica à medida que os documentos não fizeram parte de um tratamento científico em período anterior. Desse modo, faz-se necessário avaliar adequada e criticamente a documentação que se pretende analisar.

Com base na pesquisa documental, foi realizado levantamento de documentos sobre o PROADI-SUS, com a sistematização das Leis, Portarias e Decretos vinculados ao programa e às políticas de filantropia no país, apresentados nos capítulos 2, 3 e 4 desta Tese.

Para a discussão mais ampla do setor filantrópico, foram sistematizados os gastos e despesas tributárias vinculadas ao setor filantrópico no período de 1994 a 2017, além de apresentar os gastos vinculados ao referido segmento para a função de assistência social, ciência e tecnologia, cultura, esporte e lazer, educação e saúde para o período de 2004 a 2017. Essas informações foram acessadas a partir do Demonstrativo dos Gastos Tributários disponibilizados pelo Ministério da Fazenda no site da Receita Federal (BRASIL, 2020b).

Além disso, considerou-se como subsídio o “Relatório de Avaliação sobre a certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social na área da saúde”, elaborado pela

Controladoria-Geral da União (CGU) e publicado em julho de 2020 (BRASIL, 2020a), e “Avaliação do CEBAS-Educação”, elaborado pelo Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas, referente ao ciclo de 2019 (BRASIL, 2019). Por mais que essas publicações tenham sido realizadas a partir da avaliação do exercício de 2019, período esse que não está no recorte temporal de análise desta tese, optou-se por considerá-los dados que trazem elementos sobre o setor de maneira mais ampla e estabelecem diálogo com os demais documentos analisados.

Para subsidiar a análise do programa propriamente dito, apresentado no capítulo 4 desta tese, foram analisadas as atas do Comitê Gestor (período de maio de 2011 a dezembro de 2017) e as atas do Comitê de Avaliação (período de fevereiro de 2012 a dezembro de 2017). Foi possível acessar, também, o relatório publicado pelo Ministério da Saúde da oficina de avaliação do triênio 2009-2011, intitulado “Relatório da Oficina de Avaliação do 1º Ciclo PROADI-SUS” (BRASIL, 2013a), com a apresentação institucional realizada durante essa atividade. Teve-se, também, acesso a uma publicação elaborada pelos hospitais que compõem o programa com a síntese dos projetos do triênio 2012-2015 (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ et al., [s.d.]); e o Relatório de Auditoria elaborado pelo Tribunal de Contas da União (TCU), de 2017 (TCU, 2017).

Além disso, foi realizada a solicitação de informações sobre o PROADI-SUS para o Ministério da Saúde referente aos projetos dos três primeiros triênios (2009–2011, 2012–2014 e 2015–2017). Tal solicitação foi dirigida tanto ao Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (DESID) — responsável pela gestão do programa — como por meio do Portal da Transparência da CGU. Foram disponibilizados dados sobre os projetos por planilhas enviadas à pesquisadora, como por atualização do site do Ministério da Saúde (BRASIL, 2021). Como foram compartilhados materiais estruturados de diferentes formas, foi necessário um extenso trabalho de organizar as informações para a realização da análise.

Após tratamento das informações, percebeu-se incongruência e divergências nos dados disponibilizados. Como base para a presente análise, foram considerados os projetos disponibilizados por meio das planilhas que apresentam os recursos financeiros. Considerou-se, para sistematização dos projetos, os nomes, sua descrição, as áreas de atuação e valores aprovados ou executados, a depender de qual informação foi disponibilizada. Foi estabelecido o seguinte levantamento para a análise, conforme os dados: *valores aprovados* para cada projeto apresentado nos triênios 2009-2011 e 2012-2014; *valores executados* relacionados aos projetos

assistenciais do triênio 2012-2014; e *princípios executados* relacionados aos projetos do triênio 2015-2017.

Na planilha do triênio 2015-2017 não havia a especificação dos hospitais que realizaram cada projeto, sendo apresentados apenas o valor e nome do projeto. Assim, foi necessário cruzar as informações com a descrição dos projetos divulgados no site do Ministério da Saúde. Como alguns projetos não estavam identificados nesse site, foi necessário buscar a referência do hospital por meio das atas do Comitê Gestor ou na publicação “PROADI-SUS” (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ et al., [s.d.]) pelos hospitais que participam do programa. Os projetos divulgados no site do Ministério da Saúde, mas indicados na planilha como não executados, foram desconsiderados. Como havia uma imprecisão de nomenclatura nesses materiais, considerou-se como mesmos projetos aqueles com títulos e objetivos semelhantes.

Foram encontradas divergências também na referência da área de atuação, quando comparadas às informações do site do Ministério da Saúde e da planilha de valores dos projetos. Como indicado, utilizou-se como base para a análise a planilha dos valores, mas para contrastar as divergências referentes à área de atuação, foi realizada a leitura da descrição do projeto, fazendo ajustes a partir dessa análise.

Para exemplificar as divergências referentes ao número dos projetos, no site foram apresentados 119 projetos para o triênio 2009-2011, no relatório da “Oficina de Avaliação do 1º Ciclo do PROADI-SUS” (BRASIL, 2013a) foram indicados 119 projetos e no documento produzido pelos hospitais inseridos no programa faz-se referência à realização de 120 iniciativas nesse triênio (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ et al., [s.d.]). No capítulo de livro “Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde: análise quali-quantitativa” (MORAIS et al., 2020), os autores abordam sobre levantamento partir da coleta de dados nos relatórios de prestação de contas dos projetos executados, sendo indicados 123 projetos, apesar de ser possível acessar dados de 119 planos.

Essa inconsistência de informação sobre o número de projetos também se reflete no triênio 2012-2014, sendo que no site do Ministério da Saúde foram publicados 129 projetos; no documento produzido pelos hospitais faz-se referência à realização de 107 projetos (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ et al., [s.d.]), e no capítulo de livro “Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde: análise quali-quantitativa” (MORAIS et al., 2020), os autores se referem à realização de 148 planos (MORAIS; ROSA; ARAGÃO, 2019). No relatório de responsabilidade social do Hospital Samaritano (2015), indicam-se 21 projetos em 2009–2011 e 29 projetos 2012-2014, informações essas sendo

divergentes com o material disponibilizado pelo Ministério da Saúde (21 e 22, respectivamente) e com o estudo realizado por Moraes et al. (2020), que indica (20 e 31, respectivamente).

Cabe ressaltar que a não cessão do conjunto do material de maneira homogênea foi justificada pelo departamento responsável à pesquisadora em 2018, que o material não estava em formato digital, havendo problemas na sistematização do mesmo. No entanto, quando solicitado acesso pela pesquisadora ao material impresso, foi indicado não ser possível viabilizar devido à reorganização do almoxarifado. Em um segundo momento, em março de 2020, estava agendada nova reunião com departamento, mas frente à pandemia de Covid-19 e restrição de circulação para diminuição de contágio, a agenda foi cancelada. Foi indicada, ainda, a inviabilidade de disponibilizar os dados solicitados por falta de corpo técnico, que deveria ser deslocado para coletar as informações solicitadas.

Todos os dados referentes aos valores correntes foram atualizados em valores reais, utilizando-se o deflator IPCA dez/2017. Considerou-se esse período de referência por ser o último ano incluso no período de análise da presente tese.

Para caracterização dos hospitais que compõem o programa, optou-se por ter como referência, além de informações adquiridas por meio do site de cada uma das instituições, os relatórios de sustentabilidade/responsabilidade anuais. Para análise desse material, escolheu-se como referência as publicações de 2017, com exceção do Hospital Samaritano, que se utilizou como base o relatório de 2015. Em 2015, a Amil, vinculada à empresa estadunidense *United Health*, comprou o Hospital Samaritano (COLLUCCI; FREITAS, 2015; KOIKE, 2015; OLIVEIRA, 2017). Por se tornar uma empresa com fins lucrativos, o Hospital Samaritano teve que ser desvinculado do PROADI-SUS, ao final do triênio 2015-2017. Foi considerado, portanto, o último relatório enquanto instituição filantrópica.

Além da análise de dados institucionais, buscou-se o levantamento de dados sobre o programa a partir dos meios de comunicação. Para isso, foi realizada a busca de reportagens relacionadas ao PROADI-SUS, ainda, relacionadas aos hospitais que participaram do programa e sobre filantropia. Teve-se como fonte de referência a Folha de São Paulo, por ser um periódico de grande circulação, considerando o período de 1/1/2009 a 31/12/2017. Foram priorizados os cadernos: mercado; primeiro caderno; cotidiano; e o tema de economia.

Durante todo o processo de investigação, foram realizadas leituras e fichamentos sistemáticos do material fornecido, articulando os dados específicos de cada material com a análise sobre a cronologia dos documentos investigados e a caracterização da forma de publicação.

1.3 Realização de entrevistas

Foram realizadas também entrevistas semiestruturadas com informantes-chaves do PROADI-SUS. Todas as entrevistas ocorreram de maneira individual. Foram entrevistados sete sujeitos que participaram do PROADI-SUS de maneira direta ou indiretamente.

Contou-se com conversas com quatro pessoas do DESID (E1, E2, E3 e E7). Além disso, foi entrevistada uma pessoa vinculada ao Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) (E4), como também representantes de dois dos hospitais envolvidos no programa (E5 e E6). Em uma das entrevistas realizada por um técnico do Ministério (E7), foi solicitada que não fizesse registro do áudio, por não ter autorização para responder pelo programa, realizadas apenas anotações durante a conversa, que auxiliaram na sistematização dos dados e na análise. Os diálogos com os entrevistados E5 e E6 também contaram apenas com registro de anotações, devido a problemas técnicos da gravação. As entrevistas com E1, E2, E3 e E4 foram gravadas, transcritas na íntegra e analisadas. Cada entrevistado recebeu um código para garantir o anonimato.

O roteiro das entrevistas está apresentado no Apêndice 1. Considerou-se que o roteiro de entrevista, diferente do sentido tradicional de um questionário, deve buscar apreender o ponto de vista dos atores sociais envolvidos. Dessa forma, o roteiro foi estruturado de maneira a facilitar a abertura, ampliação e aprofundamento da comunicação, como indica Minayo (2014). Essa autora reflete que nessa categoria de instrumento devem constar apenas alguns itens que se tornem indispensáveis para o delineamento do objeto em relação à realidade empírica, o qual deve ser sempre um guia, mas nunca um obstáculo para surgir novas informações sobre o tema. A autora afirma, também, que a informação que aparece nos momentos informais da pesquisa é tão legítima como a procedente dos instrumentos usados. Para registro dessas informações, utilizou-se o recurso de observação participante e registro de diários de campo.

Considera-se que as estruturas para análise qualitativa do material representam uma construção teórica, a qual se estabelece por aproximações sucessivas por propostas de categorização. Essa categorização se deu a partir do tratamento do material e teve como eixo para estruturação o olhar suscitado pelo programa nos diferentes atores; as mudanças atribuídas pelos atores entrevistados a sua implementação; os limites impostos pela sua operacionalização; as condições necessárias para que as metas sejam atingidas ou solidificadas; as críticas que lhe são dirigidas pelos diferentes protagonistas; as expectativas para ações futuras (GOMES et al., 2016).

Como mais um espaço de coleta de dados do Programa, foi realizada observação participante do Seminário “10 anos de PROADI-SUS: resultados e desafios”, realizado no dia 24 de outubro de 2019, em Brasília.

Destaca-se a importância do cruzamento de fontes e o uso de diferentes procedimentos metodológicos para o tratamento dos dados e a realização das análises. Como indicado, apesar de desafiador fazer a triangulação de dados e garantir uma análise dialética para a compressão da singularidade do objeto estudado na totalidade dos processos sociais, esse conjunto de materiais permitiu o acesso a diferentes perspectivas do programa.

1.4 Aspectos éticos

A pesquisa realizada por esta Tese responde aos aspectos éticos da investigação, conforme a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2016), com Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 01539118.3.0000.5421. O parecer foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) vinculado à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. No apêndice 2, apresenta-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) utilizado e, no apêndice 3, o parecer consubstanciado do CEP.

2. APRESENTAÇÃO DA TESE

Apresentadas essas considerações iniciais, esta tese de doutorado está organizada em quatro capítulos. No Capítulo 1, intitulado “Forma Jurídica e Forma Estatal: referencial teórico para subsidiar a análise do PROADI-SUS” apresenta-se o referencial teórico de análise e a concepção de que na forma de reprodução social capitalista há uma indissociabilidade entre o espaço estatal (comumente indicado na literatura como “público”) e o espaço privado, apesar de manter-se uma aparente independência da relação Estado/sociedade, burguesa/Capital.

Apresenta-se a concepção teórica da forma-jurídica e forma-estado de modo a subsidiar a compreensão das políticas sociais e do direito social, articulando-se a análise com o grau de desenvolvimento das forças produtivas e com os arranjos institucionais que se constituem em certos momentos históricos. A aparente separação da esfera “pública” e da esfera “privada” fica menos explícita, com uma maior mercantilização dos espaços estatais a depender do momento histórico e modo de reprodução do capital. Expõe-se, assim, como se estabeleceu a forma-estado nas últimas décadas, com a implementação de políticas sociais de caráter neoliberal e uma mudança na forma de tratar a questão social.

No Capítulo 2, intitulado “Antecedentes à Implementação do PROADI-SUS: contrarreforma do Estado nos anos 1990 e o redimensionamento do setor filantrópico no Brasil”, visa-se caracterizar como o processo de mudança do trato da questão social se expressou em nossa realidade, havendo a instituição das reformas gerenciais e implementação da “Reforma do Estado” década 1990. Além disso, destaca-se o processo de reorganização do modo de implementação do setor filantrópico, principalmente na área da Assistência Social, sendo instituída uma conversão mercantil-filantrópica. Nos anos 1990, houve a instituição de um arranjo institucional e uma regulamentação estatal do setor filantrópico e, como o PROADI-SUS é uma ação do Ministério da Saúde (MS) dirigida ao fortalecimento do SUS, em parceria com hospitais filantrópicos, faz-se necessária a caracterização mais detalhada desse setor.

No Capítulo 3, intitulado “Contexto Político e Econômico da Constituição do PROADI-SUS: os governos dos anos 2000”, foi organizada uma apresentação dos governos instituídos nos anos 2000. Busca-se relacionar alguns elementos para auxiliar a compreensão do contexto político e econômico que subsidiaram a implementação do programa aqui analisado. Considera-se que, para além dos mecanismos tradicionais de transferência de gestão do Estado para organizações sociais e entidades “públicas não-estatais” - política instituída a partir da contrarreforma do Estado em 1995 e amplamente constituída no setor da saúde - observam-se novos arranjos no setor da saúde junto à filantropia-mercantil, aspecto esse em que o PROADI-SUS tem grande destaque.

No Capítulo 4, intitulado “PROADI-SUS: filantropia-mercantil no setor da saúde”, são analisados os aspectos concretos da implementação do programa, com a regulamentação e estruturação dada. São caracterizadas as instituições que compõem o programa, os tipos de projetos a partir das áreas de atuação, além de apresentados aspectos da gestão, do monitoramento e de indicadores de avaliação. Nesse sentido, discute-se como se constituiu, no setor da saúde, a reconfiguração do setor filantrópico, expandindo para ações além do modelo de filantropia tradicional (com oferta de atendimentos ao SUS igual ou superior a 60% do total disponível no respectivo hospital) e introduzindo arranjos da realização de projetos de apoio e uma nova configuração com o segmento empresarial da saúde. Analisa-se aspectos do monitoramento e avaliação do programa, e como a perspectiva da reforma gerencial como possibilidade de garantir maior eficácia e eficiência, tão defendida no processo das contrarreformas gerenciais para que o Estado assuma um papel regulador, se constitui de maneira frágil e incipiente.

Por fim, são estruturadas algumas considerações finais com a síntese dos resultados e desafios delineados a partir da pesquisa aqui desenvolvida.

CAPÍTULO 1 - FORMA DO DIREITO E FORMA ESTATAL: REFERENCIAL TEÓRICO PARA SUBSIDIAR A ANÁLISE DO PROADI-SUS

A compreensão da natureza do PROADI-SUS exige que se considerem alguns elementos teóricos sobre a forma-política e o Estado. Isso porque as transformações da política pública de saúde brasileira, com expressão crescente do setor e da lógica privada no interior do âmbito estatal, remetem à necessidade de uma leitura crítica sobre como se constitui o Direito e o Estado contemporâneo.

Embora a relação entre os setores público e privado tenha se estabelecido de maneira endógena nas políticas de saúde no Brasil ao longo de toda a sua história, vem se constituindo com um novo arranjo da esfera estatal com o mercado, o qual vem se ampliando ao longo dos trinta anos de implementação do SUS. Particularmente, o PROADI-SUS pode ser entendido como mais uma expressão das políticas neoliberais, que constituiu a novos estatutos jurídicos e a novas formas de compreensão do direito à saúde nas políticas sociais. Considera-se importante qualificar esse redimensionamento da relação público e privada na área da saúde no Brasil, articulado à análise dos processos de reestruturação das políticas sociais e das mudanças no processo de acumulação do capital.

Tanto para compreender esses novos arranjos instituídos, essas novas formas de relação entre os setores comumente chamados “público” e “privado” no âmbito do Estado como para subsidiar uma análise referente ao Estado e à política social, recorre-se a categorias de análise, como forma-jurídica e forma-política. Parte-se do pressuposto de que a forma social se constitui a partir da maneira de reprodução social em cada momento histórico, e isso faz com que essas não se constituam como um constructo eterno e atemporal. Para tanto, inicia-se essa análise com resgate de obras clássicas marxianas, considerando que o capital não é apenas um elemento econômico, mas constitui uma relação social que tende a subsumir as diversas esferas da vida social, enquanto permite e exige a autonomização de cada uma dessas esferas (MARX, 2014).

Como necessidade de apoio na construção do método de Marx, parte-se de uma breve exposição da categoria forma-mercadoria e seu fetichismo, apresentado no primeiro capítulo de “O Capital” livro I, de modo a articular com a interpretação da forma-jurídica e da forma-política por meio da contribuição de Evgeni Pachukanis, em seu livro “Teoria Geral do Direito e Marxismo” (PACHUKANIS, 2017). O cotejamento de alguns aspectos teóricos parece

fundamental de serem desenvolvidos, como referencial teórico desta tese, ainda que não seja seu objeto específico.

Considera-se importante compreender a política e o Estado a partir de sua posição relacional, estrutural, histórica, dinâmica e contraditória na totalidade de reprodução social. Assim, neste trabalho, toma-se como desafio buscar emergir das próprias categorias da economia política e do próprio movimento do capital e das relações de produção capitalista, o entendimento das estruturas políticas que lhes são próprias (NAVES, 2000; PACHUKANIS, 2017).

Naves (2000) afirma que a crítica pachukaniana do direito, ao se fundar no método de Marx, permite superar as representações do direito enquanto um “instrumento de classe”, o qual privilegia o conteúdo normativo em vez de dar conta das razões porque certa relação social adquire, sob determinadas condições, enquanto uma forma-jurídica. Essa crítica do direito, segundo esse autor, permite apreender a natureza real do fenômeno jurídico na circulação mercantil. Além disso, contribui para explorar as possibilidades de uma crítica às formas de dominação de classe que se realizam por meio do direito, particularmente a crítica a certa representação jurídica do Estado, aspecto esse essencial no trabalho em questão.

Buscou-se problematizar como, na forma de reprodução social capitalista, há uma indissociabilidade entre o espaço estatal e o espaço privado, apesar de manter-se uma aparente independência da relação Estado/sociedade burguesa/Capital. Avalia-se que, em certos momentos históricos, essa aparente separação fica aproximadamente explícita, com uma maior ou menor mercantilização dos espaços estatais, embora nunca se tenha uma ideia do espaço estatal como “puramente público”. A partir disso, buscou-se diálogo com autores contemporâneos para compreender como as políticas sociais vêm se constituindo no atual momento do modo de reprodução do capitalismo.

Avalia-se ser importante contextualizar a articulação do Estado com as mudanças que foram se constituindo na relação do trato da questão social com a instituição das políticas neoliberais, após transformações estabelecidas no final da década de 1970. A partir do processo de reestruturação produtiva em âmbito internacional, com a instituição de significativas mudanças nos padrões de trabalho e na flexibilização dos contratos, há alterações na forma de instituição dos direitos (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Em âmbito internacional, constata-se reformas em três momentos articulados, que delineiam as mudanças nesse processo de reestruturação das políticas sociais, vinculadas, como exposto, à reestruturação do trabalho e da lógica dos direitos sociais. Almeida (1999) indica

que, num primeiro momento, instituíram-se propostas construídas no âmbito da hegemonia das políticas de caráter neoliberal dos anos 1980, concretizadas por meio dos governos Reagan, nos Estados Unidos, e de Thatcher, no Reino Unido, afirmando-se, de um lado, a falência do Estado Social⁴ e, de outro, a necessidade de contenção dos custos e de controle dos gastos públicos.

Segundo a autora, num segundo momento, marcado principalmente nos anos 1990, o conjunto das reformas concentrou-se mais numa abordagem gerencial, sendo reafirmada uma racionalidade do Estado como regulador, com necessidade de uma ampliação da capacidade institucional pautada pela lógica da eficácia e da eficiência, usando mecanismos de regulação de mercado (ALMEIDA, 1999).

Há estudos que indicam que essa racionalidade presente nas reformas gerenciais foi ampliada nos anos 2000, quando se estabeleceu o que foi denominado “nova gestão pública” (PECI; PIERANTI; RODRIGUES, 2008).

Há ampliação do setor financeiro e bancário em setores de serviço, como a saúde e educação, além de uma imbricação crescente dos setores comumente chamado “público” e “setor privado”, com implementação do prisma da política baseada em evidência e lógica de gestão por resultados. Constatase um processo de subsunção empresarial do trabalho social (CATINI, 2021), com uma mudança na lógica do setor da filantropia, constituindo-se o que alguns autores denominaram conversão mercantil-filantrópica (FONTES, 2006).

Frente a essas transformações nas políticas sociais, refere-se aqui a esse processo por meio do termo contrarreforma. Conforme Behring (2008), para assegurar a precisão do conteúdo diante da consolidação dos processos instituídos, a contrarreforma consiste no movimento do capital tentar anular as conquistas e os novos atores políticos, flexibilizando as relações de trabalho, avançando no processo de privatização e ampliação da relação com o capital estrangeiro, induzindo a diminuição dos direitos e do financiamento da seguridade social, comprimida por políticas de ajuste fiscal. Esse processo estaria articulado ao movimento de acumulação do capital internacional e às mudanças que ocorreram no capitalismo contemporâneo.

Para tanto, este capítulo está estruturado em quatro seções. A primeira, intitulada “A Sociabilidade Capitalista como Enorme Coleção de Mercadorias: a forma-mercadoria”, faz uma

---

⁴ A autora utiliza o termo “Estado de Bem-Estar Social”. No entanto, para manter a coerência textual da tese, reporta-se às políticas implementadas principalmente nos países europeus, sob orientação keynesiana de “Estado Social”. Segundo Behring e Boschetti (2011), é comum encontrar na literatura sobre políticas sociais a utilização do termo *Welfare State* ou Estado de Bem-Estar Social de maneira genérica, embora o termo seja referente mais precisamente às políticas de vertente de proteção baseada na lógica da seguridade social. O termo acabou sendo referenciado inclusive para países que implementaram um sistema bismarkiano de maneira imprecisa. Para aprofundar esse resgate histórico, ler “Política social: fundamentos e história” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

breve apresentação da categoria forma-mercadoria e seu fetichismo. A segunda seção, intitulada “A Forma-Jurídica: a constituição do sujeito de direito”, apresenta que a partir do fetichismo da forma-mercadoria e da reificação das relações sociais, o direito, como modo social capitalista, pode ser constituído com o estabelecimento da forma-jurídica. Na seção terceira, intitulada “Estado e forma-política: a aparente dissociação entre público e privado”, apresenta-se a necessidade de se produzir a noção de que existe uma esfera de interesses públicos, comum a todos, com sua expressão no plano do Estado e a separação entre sociedade civil e representação política. No entanto, argumenta-se que essa separação é apenas aparente, constituindo-se, na prática, um Estado como uma forma específica da sociabilidade capitalista. Na quarta seção, “Políticas Neoliberais e as (Contra)Reformas Gerenciais: mudanças na forma-jurídica e forma-estado frente as exigências do capital”, apresenta-se como, a partir de mudanças no processo de reprodução do capital e na reestruturação do trabalho, há também alterações na forma-jurídica de como se constituem o direito social. Há ainda alterações na forma-estado, relacionando a expressão dessas mudanças nas últimas três décadas com as implementações das contrarreformas gerenciais e políticas de caráter neoliberal.

1. A SOCIABILIDADE CAPITALISTA COMO ENORME COLEÇÃO DE MERCADORIAS: A FORMA-MERCADORIA

Partir de uma concepção materialista do Direito e do Estado, obriga-nos a retomar a leitura de que as análises não devem se reduzir ao exame sistemático da aparência ou das formas dadas de um objeto. Faz-se necessário observar a estrutura e a dinâmica do objeto, indo além da sua aparência fenomênica imediata e empírica, de modo a apreender a essência do objeto enquanto processo real (MARX, 2014; NETTO, 2011).

Marx, assim como Pachukanis apoiado nele, desenvolve método semelhante para apreensão dos objetos estudados. Ambos buscam compreender especificidades da sociedade burguesa, considerando a totalidade dos processos sociais articulados à teoria do valor, o que implica análise da organização econômica, das suas instituições sociais, políticas e culturais em seus movimentos de reprodução social. Orientam a investigação para que a teoria consiga analisar as formas do capital enquanto formas históricas e diretamente articuladas a esse modo de reprodução social.

Marx (2014) afirma, em seu trabalho, que a sociabilidade capitalista se constitui a partir de uma enorme coleção de mercadorias, as quais devem ser entendidas e analisadas a partir de seu duplo caráter: o valor de uso pelas suas qualidades e particularidades; e, o valor de troca, o

qual possibilita a permutabilidade ou igualdade entre as diversas mercadorias. Por sua exposição, o autor indica que o valor de troca não pode ser caracterizado pelos aspectos corpóreos das mercadorias. Para ele, o que o caracteriza seria o dispêndio social de força de trabalho humano, que no que lhe concerne, corresponde à quantidade de trabalho social despendido, cristalizado na mercadoria. Em suas palavras, “[...] é unicamente a quantidade de trabalho socialmente necessário ou o tempo de trabalho socialmente necessário para a produção de uso que determina a grandeza de seu valor” (MARX, 2014, p. 117).

Assim, em uma sociedade cujos produtos assumem genericamente a forma de mercadorias, essas são sempre objetos úteis e, ao mesmo tempo, suportes de valor. Seria nessa forma de organização da sociedade que há uma ampliação na divisão social do trabalho e nova forma de organizá-lo, quando comparado a modos de produção anteriores. Mas, para que a ampliação e a universalização da circulação de mercadorias ocorressem, foi necessária a constituição de dois aspectos: a instituição de um equivalente universal e de uma nova forma de organizar o trabalho.

Para a constituição de um equivalente universal, houve um processo de resignificação do dinheiro. No modo de produção capitalista, esse passou a ser uma mercadoria especial, onde todas as outras expressam o seu valor, equiparando todas as mercadorias oferecidas, tornando possível a troca de equivalentes e a circulação das mercadorias a partir de seu valor de troca (MARX, 2014).

Netto e Braz (2009) afirmam que, à luz deste referencial teórico, a produção de mercadorias tem também como condição indispensável a divisão social do trabalho e a propriedade privada dos meios de produção. Sem essas duas especificidades que se configuram no modo de produção capitalista, há a geração de bens com seus valores de uso, mas não há a atividade mercantil que caracteriza a produção de mercadorias com seu duplo caráter.

Apesar de o trabalho ainda corresponder à síntese do metabolismo do homem com a natureza, garantindo a produção e a reprodução da vida humana⁵, no capitalismo uma de suas marcas é que a força de trabalho também se tornou uma mercadoria — uma das especificidades

---

⁵ Marx (2014, p. 256) indica que “[...] além do esforço dos órgãos que trabalham, a atividade laboral exige a vontade orientada a um fim, que se manifesta como atenção do trabalhador durante a realização de sua tarefa, e isso tanto mais quanto menos esse trabalho, pelo seu próprio conteúdo e pelo modo de sua execução, atrai o trabalhador, portanto, quanto menos este último usufrui dele como jogo de suas próprias forças físicas e mentais”. Assim, o processo de trabalho seria, em primeiro lugar, a atividade orientada a um fim; em segundo lugar, seu objeto e, em terceiro, seus meios. Ele afirma ainda que, “[...] a atividade do homem, com ajuda dos meios de trabalho, opera uma transformação do objeto do trabalho segundo uma finalidade concebida desde o início” (MARX, 2014, p. 258), sendo que o “[...] trabalho se incorporou a seu objeto. Ele está objetivado, e o objeto está trabalhado. O que do lado do trabalhador aparecia sob a forma do movimento, agora se manifesta, do lado do produto, como qualidade imóvel, na forma do ser” (MARX, 2014, p. 258).

da produção mercantil capitalista pelo fato de se fundar no trabalho assalariado. No início de sua constituição, verifica-se um longo processo de expropriação dos meios de trabalho dos trabalhadores. Com o aumento explosivo da capacidade das forças produtivas, constituiu-se o trabalho assalariado, trabalho livre, o qual poderá ser vendido no mercado como qualquer outra mercadoria (MARX, 2014; NETTO; BRAZ, 2009).

Por um resgate histórico, Marx descreve o conceito de acumulação primitiva, que ocorreu com violento processo de concentração da propriedade da terra e de deslocamento para as cidades de enorme massa de pessoas desprovida de tudo, a não ser da sua força de trabalho. Nessa circunstância, criaram-se condições para serem consolidadas duas espécies bem diferentes de possuidores de mercadorias que se defrontaram e estabeleceram contato:

[...] de um lado, possuidores de dinheiro, meios de produção e meios de subsistência, que buscam valorizar a quantia de valor de que dispõem por meio da compra de força de trabalho alheia; de outro, trabalhadores livres, vendedores da própria força de trabalho, por conseguinte, vendedores de trabalho”⁶ (MARX, 2014 p. 789).

Como consumo de força de trabalho pelo capitalista, o trabalhador labora sob o controle desse, a quem pertence seu trabalho, além de que o produto desse processo se torna propriedade do capitalista (e não do produtor direto), já que o processo de trabalho se realiza entre coisas que o burguês comprou e lhe pertence. Netto e Braz (2009) afirmam que, historicamente, quando até a força de trabalho se converte em mercadoria, está posta a possibilidade de mercantilizar o conjunto das relações sociais, lógica essa que invade, penetra e satura o conjunto das relações, considerando que as operações de compra e venda não se restringem a objetos e coisas, mas a tudo que possa ser objetificado (de artefatos materiais a cuidados humanos).

Por meio da força de trabalho (trabalho vivo) seria transmitido à nova mercadoria o novo valor, com a incorporação do valor contido nos meios de trabalho empregados e sua transformação por meio do trabalho empenhado. Nas palavras de Marx, no modo de produção capitalista, o trabalho se configura como realização “[...] entre coisas que o capitalista comprou, entre coisas que lhe pertencem” (MARX, 2014 p. 262-263), levando ao quadro de que não é o trabalho que emprega o capital, mas o capital que emprega o trabalho e a força produtiva que o trabalhador dispõe. Conforme a afirmação de Marx (2014), tem-se que:

---

⁶ Ao apresentar essa discussão, Marx toma como base o processo de acumulação primitiva que foi instituído na Inglaterra, o que corresponderia à sua forma clássica. Para descrição mais detalhada desse processo, ler capítulo 24 “A assim chamada acumulação primitiva”, do livro I “O Capital” de Karl Marx (MARX, 2014).

[...] o produto — a propriedade do capitalista — é um valor de uso, como o fio, as botas, etc., mas apesar de as botas, por exemplo, constituírem, de certo modo, a base do progresso social e nosso capitalista ser um “progressista” convicto, ele não as fabrica por elas mesmas. Na produção de mercadorias, o valor de uso não é, de modo algum, a coisa *qu'on aime pour lui-même* [que se ama por ela mesma]. Aqui, os valores de uso só são produzidos porque e enquanto são o substrato material, os suportes do valor de troca. E, para nosso capitalista, trata-se de duas coisas. Primeiramente, ele quer produzir um valor de uso que tenha um valor de troca, isto é, um artigo destinado à venda, uma mercadoria. Em segundo lugar, quer produzir uma mercadoria cujo valor seja maior que a soma do valor das mercadorias requeridas para sua produção, os meios de produção e a força de trabalho, para cuja compra ele adiantou seu dinheiro no mercado. Ele quer produzir não só um valor de uso, mas uma mercadoria; não só valor de uso, mas valor, e não só valor, mas também mais-valor (MARX, 2014 p. 263).

O mais-valor ou lucro do capitalista se constitui no processo de produção, com acréscimo de valor, trabalho cristalizado na nova mercadoria e realizado quando o capitalista a vende. Além disso, configura-se um processo de expropriação do excedente e exploração do trabalhador que efetivamente realiza o ato de produção. Nesse processo, o capitalista paga ao trabalhador o equivalente ao valor da troca de sua força de trabalho (um salário), e não o valor criado por sua utilização. Como dispõe do direito de usá-la, posto que comprou, o capitalista emprega a força de trabalho de maneira que resulte um produto superior ao valor que desembolsou para comprá-la, sendo esse valor excedente (que Marx designa como mais-valor) que o capitalista se apropria.

Marx e Engels (2005) afirmam que “[...] ser capitalista significa não somente ocupar uma posição pessoal, mas também uma posição social na produção. O Capital é um produto coletivo e só pode ser posto em movimento pelos esforços combinados de muitos membros da sociedade” (MARX; ENGELS, 2005, p. 52). Marx (2014) afirma ainda que:

Na verdade, o vendedor da força de trabalho, como o vendedor de qualquer outra mercadoria, realiza seu valor de troca e aliena seu valor de uso. Ele não pode obter um sem abdicar do outro. O valor de uso da força de trabalho, o próprio trabalho, pertence tão pouco a seu vendedor quanto o valor de uso do óleo pertence ao comerciante que o vendeu. O possuidor de dinheiro pagou o valor de um dia de força de trabalho; a ele pertence, portanto, o valor de uso dessa força de trabalho durante um dia, isto é, o trabalho de uma jornada. A circunstância onde a manutenção diária da força de trabalho custa apenas meia jornada de trabalho, embora a força de trabalho possa atuar por uma jornada inteira, e, conseqüentemente, o valor que ela cria durante um turno seja

o dobro de seu próprio valor diário — tal circunstância é, certamente, uma grande vantagem para o comprador, mas de modo algum uma injustiça para com o vendedor (MARX, 2014, p. 270).

Dessa forma, a apropriação do excedente do trabalho não se configura como uma sub-remuneração, mas como uma troca de mercadorias, estabelecendo uma lógica de igualdade formal entre os diferentes detentores de mercadorias envolvidos no ato de troca, seja ela dinheiro ou a força de trabalho contratada. A troca entre indivíduos “iguais”, ambos detentores de uma mercadoria, não se coloca meramente como uma relação econômica, mas também como uma relação jurídica baseada em um contrato. Essa relação jurídica faz de seus proprietários uma categoria de sujeito específico, o sujeito de direito (PACHUKANIS, 2017), aspecto que será aprofundado mais adiante.

Marx chama a atenção de que essa especificidade do modo de produção capitalista de transformação de seu dinheiro em capital (diferente de troca simples de mercadorias ou mediação direta com circulação de dinheiro) ocorre tanto no interior da esfera da circulação como na esfera da produção. Esse é mediado pela circulação, visto que é determinado pela compra da força de trabalho no mercado, além de que a mercadoria se efetiva, é vendida nessa esfera. Mas também ocorre fora da circulação, na esfera da produção, dado que é essa que possibilita o início do processo de valorização. É no processo de produção, como unidade dos processos de trabalho e de formação de valor, que se estabelece o processo de produção de mercadorias (MARX, 2014).

Muito embora a mercadoria já existisse em outros momentos históricos, é no modo de produção capitalista que ocorre essa “mercantilização” universal, em virtude não só de que praticamente todos os produtos serem mercadorias, mas também porque a própria força de trabalho se constitui como mercadoria. É importante destacar, entretanto, que essa abstração para o entendimento do modo de produção capitalista, brevemente exposto neste trabalho, ocorre *post festum*, como indicado pelo autor. Marx (2014) afirma, nesse sentido, que:

[...] a reflexão sobre as formas da vida humana, e, assim, também sua análise científica, percorre um caminho contrário ao do desenvolvimento real. Ela começa *post festum* [tardamente, após a festa], por conseguinte, com os resultados prontos do processo de desenvolvimento. As formas que rotulam os produtos do trabalho como mercadorias, portanto, são pressupostas à circulação das mercadorias, já possuem a solidez de maneiras naturais da vida social antes que os homens procurem esclarecer-se não sobre o caráter histórico dessas formas — que eles, antes, já consideram imutáveis —, mas sobre seu conteúdo (MARX, 2014, p. 150).

Essa leitura se mostra importante para desvendar o caráter fetichista próprio da formação social capitalista. Para se realizar e se reproduzir essa lógica de produção de valor, é necessário ser posta como forma natural e imutável para a reprodução da vida social, com o trabalho total como uma relação social entre os objetos, existente à margem dos produtores. O caráter enigmático do produto de trabalho se caracteriza na forma-mercadoria, visto que: 1) a igualdade dos trabalhos humanos assume a forma material da igual objetividade de valor dos produtos do trabalho; 2) a medida do dispêndio de força humana de trabalho é associada à sua duração, por meio do modo da grandeza de valor dos produtos do trabalho; e, 3) as relações entre os produtores, nas quais se efetivam aquelas determinações sociais de seu trabalho, assumem a forma de uma relação social entre os produtos do trabalho. Marx (2014) assevera:

É por meio desse quiproquó que os produtos do trabalho se tornam mercadorias, coisas sensíveis-suprassensíveis ou sociais [...] a forma-mercadoria e a relação de valor dos produtos do trabalho em que ela se representa não têm, ao contrário, absolutamente nada a ver com sua natureza física e com as relações materiais [*dinglichen*] que dela resultam. É apenas uma relação social determinada entre os próprios homens que aqui assume, para eles, a forma fantasmagórica de uma relação entre coisas (MARX, 2014 p. 147).

Netto e Braz (2009) lembram ser próprio da produção mercantil que o trabalho, sendo sempre trabalho social, tenha ocultado essa sua característica elementar. Enquanto as relações sociais entre os produtores passam como se fossem relações entre coisas, a mercadoria torna-se a portadora e a expressão das interações entre os homens. Assim, na troca regulada pela lei do valor — que não resulta do controle consciente dos homens sobre a produção —, o movimento das mercadorias se apresenta independentemente de cada produtor, cabendo à mercadoria, criada pelos homens, a aparência de algo alheio a esse e que o domina. Em síntese, Marx (2014) afirma que:

A troca de equivalentes, que aparecia como a operação original, torceu-se ao ponto de que agora a troca se efetiva apenas na aparência, pois, em primeiro lugar, a própria parte do capital trocada por força de trabalho não é mais que uma parte do produto do trabalho alheio, apropriado sem equivalente; em segundo lugar, seu produtor, o trabalhador, não só tem de repô-la, como tem de fazê-lo com um novo excedente. A relação de troca entre o capitalista e o trabalhador se converte, assim, em mera aparência pertencente ao processo de circulação, numa mera forma, estranha ao próprio conteúdo e que apenas o mistifica. A contínua compra e venda da força de trabalho é a forma. O conteúdo está no fato de que o capitalista troca,

continuamente, uma parte do trabalho alheio já objetivado, do qual ele não cessa de se apropriar sem equivalente, por uma quantidade maior de trabalho vivo alheio. Originalmente, o direito de propriedade apareceu diante de nós como fundado no próprio trabalho. No mínimo esse suposto tinha de ser admitido, porquanto apenas possuidores de mercadorias com iguais direitos se confrontavam uns com os outros, mas o meio de apropriação da mercadoria alheia era apenas a alienação [*Veräußerung*] de sua mercadoria própria, e essa só se podia produzir mediante o trabalho. Agora, ao contrário, a propriedade aparece do lado do capitalista, como direito a apropriar-se de trabalho alheio não pago ou de seu produto; do lado do trabalhador, como impossibilidade de apropriar-se de seu próprio produto. A cisão entre propriedade e trabalho torna-se consequência necessária de uma lei que, aparentemente, tinha origem na identidade de ambos (MARX, 2014 p. 659).

Marx (2014) alerta que, como a forma-mercadoria é o modo mais geral e a menos desenvolvido da produção burguesa, seu caráter fetichista parece ser relativamente fácil de se analisar. No entanto, em formas mais concretas, desaparece até mesmo essa aparência de simplicidade. Bottomore (2001) esclarece esse pensamento, ao dizer que, a partir dessa leitura, são as “formas de aparência” objetivas das relações econômicas, tomadas como naturais, que acabam por obscurecer o conteúdo ou a essência social. Essa não é visível imediatamente e só pode ser revelada pela análise teórica articulada a uma compreensão da teoria do valor e da forma-mercadoria, desvendando a realidade do trabalho social, a qual fica oculta por trás dos valores das mercadorias.

2. A FORMA-JURÍDICA: A CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO DE DIREITO

Marx (2014), ao iniciar o seu capítulo sobre o processo de troca, afirma que as mercadorias não podem ir, por si mesmas, ao mercado e trocar-se umas pelas outras. Para sua efetivação, depende de seus “guardiões”, os possuidores de mercadorias. Dessa maneira, para relacionar as mercadorias umas com as outras, seus guardiões têm de estabelecer relações uns com os outros como pessoas, cuja vontade reside na troca, de modo que um só pode se apropriar da mercadoria alheia e alienar a sua própria mercadoria em concordância, por um ato de vontade comum a ambos.

Essa corresponderia à expressão “do seu querer”, “da sua vontade”, a qual permitiria que um sujeito estabelecesse com outro sujeito, portador de uma vontade igual à sua, uma “relação consensual de reciprocidade”. Além de camuflar a relação desigual e a exploração do trabalho, isso faz com que seja desenvolvido um processo de reconhecimento mútuo como

proprietários privados, sendo estabelecida uma relação jurídica, cuja forma é o contrato, como indicado anteriormente na seção 1.

Somente a partir do fetichismo da forma-mercadoria e da reificação das relações sociais, é que o direito como forma social capitalista pode ser constituído. Pachukanis (2017) afirma que, ao lado da característica mística do valor, surge um fenômeno tão enigmático quanto: o direito. Assim, para que esse modo de produção possa se reproduzir, os homens se relacionam não somente como coisas, mas também como sujeitos-jurídicos. Tanto a força de trabalho como mercadoria, como o sujeito de direito, tornam capazes o estabelecimento de trocas de equivalente, apesar de diferenças substanciais entre os sujeitos desta troca — um é o possuidor de dinheiro e dos meios de produção, enquanto o outro detém a sua força de trabalho. Pachukanis (2017) afirma ser necessário fazer a análise das categorias jurídicas da mesma forma que Marx tratou as categorias econômicas. Considerar o direito como forma do capital é ir além de sua aparente universalidade e compreender como uma categoria histórica que corresponde a um determinado meio social é construído sobre a oposição de interesses privados⁷. Nas palavras do autor, têm-se que:

[...] de maneira semelhante ao modo pelo qual a riqueza da sociedade capitalista adquire a forma de uma imensa acumulação de mercadorias, a própria sociedade apresenta-se como uma cadeia infinita de relações jurídicas. A troca de mercadorias presume uma economia atomizada. Entre as economias privadas e isoladas, a ligação é mantida, caso a caso, por contratos. A relação jurídica entre os sujeitos é apenas o outro lado da relação entre os produtos do trabalho que se tornaram mercadorias (PACHUKANIS, 2017 p. 111)

Em sua leitura, “[...] somente a sociedade burguesa-capitalista cria todas as condições necessárias para que o elemento jurídico nas relações sociais alcance plena determinação” (PACHUKANIS, 2017 p. 80), sendo que o desenvolvimento daquele não foi provocado pelas exigências de dominação, mas pelas exigências da troca comercial. Assim, a lógica dos conceitos jurídicos corresponde ao raciocínio das relações sociais da sociedade produtora de mercadorias.

Como abordado na seção 1, é importante considerar que uma das grandes mudanças no fundamento das relações sociais que se deu no modo de produção capitalista foi a transformação da força de trabalho em mercadoria, por meio do processo do assalariamento, a qual permite a

---

⁷ Para uma argumentação mais detalhada da análise pachukaniana articulada a uma leitura histórica, com referência ao processo de transição do modo de produção feudal ao capitalista, ler capítulo “Mercadoria e Sujeito”, do livro “Teoria Geral do Direito e Marxismo”, de Evgeni Pachukanis (PACHUKANIS, 2017).

expropriação de parte da riqueza produzida por esses trabalhadores por aquele que detém o meio de produção. Para tanto, a forma-sujeito de direito garante que os homens sejam “livres” e institui uma suposta igualdade a todos os homens, de modo que a relação entre esses seja uma relação de troca de equivalentes (seja esse proprietário dos meios de produção ou proprietário da sua força de trabalho). Cada sujeito, uma vez proprietário, acaba sendo, a um só tempo, sujeito e objeto do direito: proprietário de si mesmo que carrega a si como mercadoria. O contrato acaba por estabelecer uma relação de tratamento igual entre desiguais, possibilita que o homem se torne um proprietário que carrega o objeto de seu comércio, adquire um caráter formal para garantir a proteção e sobreposição de uma classe sobre a outra.

Marx (2010) afirma que o direito humano à liberdade não se baseia na vinculação do homem com os demais homens, mas na separação entre um homem e outro. “Trata-se do direito a essa separação, o direito do indivíduo *limitado*, limitado a si mesmo” (MARX, 2010, p. 49), sendo que a aplicação prática da prerrogativa humana à liberdade também está associada ao direito humano à *propriedade privada*. Marx explicita essa ideia:

Não basta que as condições de trabalho apareçam num polo como capital e no outro como pessoas que não têm nada para vender, a não ser sua força de trabalho. Tampouco basta obrigá-las a se venderem voluntariamente. No evoluir da produção capitalista desenvolve-se uma classe de trabalhadores que, por educação, tradição e hábito, reconhece as exigências desse modo de produção como leis naturais e evidentes por si mesmas. A organização do processo capitalista de produção desenvolvido quebra toda a resistência; a constante geração de uma superpopulação relativa mantém a lei da oferta e da demanda de trabalho, portanto, o salário, nos trilhos convenientes às necessidades de valorização do capital; a coerção muda exercida pelas relações econômicas sela o domínio do capitalista sobre o trabalhador. A violência extraeconômica, direta, continua, é claro, a ser empregada, mas apenas excepcionalmente (MARX, 2014, p. 808).

Por mais que Marx (2014) já tenha explicitado que, no modo de produção capitalista, o homem é sujeito somente em oposição aos objetos, o sujeito é proprietário de mercadorias, que dispõe delas, no ato de apropriação e de alienação, Naves (2000) afirma que relacionar a forma da mercadoria com a forma jurídica resume, para Pachukanis, o essencial de seu esforço teórico. Nesse sentido, a elaboração teórica de Pachukanis se dirige a estabelecer uma relação de determinação das formas do direito pelas formas da economia mercantil. Pachukanis (2017) afirma que a categoria do direito torna-se logicamente acabada somente no ponto em que ela inclui o portador e proprietário dos direitos, cujos direitos nada mais são do que as obrigações dos outros a esses asseguradas.

Retome-se mais uma afirmativa de Marx (2014) referente à liberdade, igualdade e propriedade. Segundo ele:

A esfera da circulação ou da troca de mercadorias, em cujos limites se move a compra e a venda da força de trabalho, é, de fato, um verdadeiro Éden dos direitos inatos do homem. Ela é o reino exclusivo da liberdade, da igualdade, da propriedade e de Bentham. Liberdade, pois os compradores e vendedores de uma mercadoria, por exemplo, da força de trabalho, são movidos apenas por seu livre-arbítrio. Eles contratam como pessoas livres, dotadas dos mesmos direitos. O contrato é o resultado, em que suas vontades recebem uma expressão legal comum a ambas as partes. Igualdade, pois eles se relacionam um com o outro apenas como possuidores de mercadorias e trocam equivalente por equivalente. Propriedade, pois cada um dispõe apenas do que é seu. Bentham, pois cada um olha somente para si mesmo. A única força que os une e os põe em relação mútua é a de sua utilidade própria, de sua vantagem pessoal, de seus interesses privados. E é justamente porque cada um se preocupa apenas consigo mesmo e nenhum se preocupa com o outro que todos, em consequência de uma harmonia preestabelecida das coisas ou sob os auspícios de uma providência todo-astuciosa, realizam em conjunto a obra de sua vantagem mútua, da utilidade comum, do interesse geral (MARX, 2014 p. 250-251).

Dessa maneira, pode-se dizer que, por meio da aparência da liberdade, da igualdade e da propriedade, mediada por contratos, se efetiva a possibilidade de que o homem circule no mercado de mercadorias. O direito subjetivo, outro conceito apresentado por Pachukanis (2017), encontra a sua eficácia no consentimento, não sendo outra coisa a não ser a possibilidade de contratar.

Disso decorre uma duplicidade de aspectos que, embora se encontrem em planos diferentes, indubitavelmente condicionam um ao outro: ao mesmo tempo em que o direito é a forma da regulamentação autoritária externa, aquele corresponde à forma da autonomia subjetiva, caracterizando a liberdade garantida e reconhecida em certos limites (PACHUKANIS, 2017). Segundo o autor, “[...] o direito surge ora como princípio da organização social [direito objetivo], ora como meio para os indivíduos ‘se separarem, estando em sociedade’ [direito subjetivo]” (PACHUKANIS, 2017 p. 124). Esse autor esclarece:

A esfera do domínio, que assume a forma do direito subjetivo, é um fenômeno social imputado ao indivíduo da mesma maneira que o valor, também fenômeno social, é imputado à coisa, um produto do trabalho. O fetichismo da mercadoria completa-se com o fetichismo jurídico (PACHUKANIS, 2017 p. 146).

Nessa perspectiva, Naves (2000) reforça que, a partir dessa leitura, esse elemento de “equivalência subjetiva” corresponde ao elemento de equivalência material, isto é, à troca das mercadorias na base da lei do valor. Sem a presença dessa condição de subjetividade jurídica, que permite a circulação de vontades livres e iguais, não seria possível a reprodução do capital do modo que se tem hoje. Poder-se-ia dizer, então, sendo a partir da troca que se constitui a liberdade do homem, de tal modo que a expressão mais “acabada”, como se refere o autor, seria que a mais absoluta liberdade corresponderia à liberdade de disposição de si mesmo como mercadoria.

Pachukanis (2017) afirma que, em determinado grau de desenvolvimento, as relações humanas no processo de produção adquirem uma forma duplamente enigmática. Isso leva a necessariamente colocar as categorias até aqui trabalhadas em um movimento histórico e em constante análise. Se por um lado, o modo de acumulação do capital se constitui na relação de coisas-mercadorias e, por outro lado, por sujeitos de direitos, mediada por relações reificadas, ao longo do processo de desenvolvimento tecnológico e produtivo essas categorias vêm sofrendo novos arranjos e sofisticções. É parte do movimento de análise compreender como os arranjos institucionais, jurídicos e econômicos são organizados, de maneira a exprimir as duas esferas tratadas aqui. Esses arranjos podem ser relacionados ao objeto da tese em tela.

Pachukanis (2017) afirma, também, que a ordem jurídica se distingue de qualquer outra ordem social, justamente pelo fato de que essa é baseada em sujeitos isolados, sendo que uma das funções da mediação jurídica é o de assegurar o funcionamento do circuito de trocas mercantis e, conseqüentemente, assegurar a própria produção mercantil. A forma-jurídica aparece como elemento necessário para a realização da esfera da circulação, sendo que o autor identifica o direito com o capital e interdita toda a possibilidade de que o direito possa ir para além do capital.

Assim, Naves (2000) expressa que a leitura pachukaniana vai além dessa relação de determinação simples entre o direito e a circulação. Considerando que o processo de circulação no modo de produção capitalista depende de um processo de produção determinado (com produção e apropriação privada do mais-valor por aqueles que detêm o capital e os meios de produção), Pachukanis descreve uma relação de determinação imediata entre a forma jurídica e a forma-mercadoria, com uma sobredeterminação dessa última. Em outras palavras, “[...] o direito é imediatamente determinado pelo processo de troca mercantil, mas, considerando que a esfera da circulação é estruturada segundo as exigências das relações de produção capitalista,

o direito também experimenta essa mesma determinação, mas de modo ‘mediado’, ‘em última instância’ (NAVES, 2000, p. 76-77).

Além disso, como o autor indicou, o direito também se funde inteiramente com a autoridade externa. “O direito objetivo é a expressão do Estado burguês na totalidade, que ‘se sente Estado político e proclama seu princípio de universalidade apenas se contrapondo a seus elementos’” (PACHUKANIS, 2017, p. 130).

Trata-se de entender que essa é a ideia central que se ancora a análise pachukaniana, especificamente no recém-instituído governo operário pós-Revolução Russa 1917. Seguindo seu pensamento, Pachukanis (2017) afirma que a dominação de classe na sociedade burguesa não se apresenta de forma direta e imediata, exigindo, ao contrário, um aparelho que se apresenta como poder impessoal.

Pachukanis (2017) afirma também que outro lado do aspecto do direito objetivo e do direito subjetivo seria a questão do direito público e do direito privado. A partir de sua arguição, o autor afirma que, na prática, esses elementos interpenetram-se mutuamente:

Os direitos públicos subjetivos são afinal, os mesmos direitos privados (e, por conseguinte, também os direitos privados) reavivados e um pouco transformados, que invadem a esfera em que deveria dominar um interesse geral impessoal, refletido nas normas do direito objetivo. Mas, enquanto a doutrina civilista, que lida com o estrato jurídico primário fundamental, utiliza de modo amplo e convicto o conceito de direitos subjetivos, na teoria do direito público a aplicação desse conceito gera, a todo momento, equívocos e contradições. Por isso, o sistema do direito civil distingue-se pela simplicidade, clareza e completude, ao mesmo tempo em que as teorias do direito público são ricas em construções forçadas, artificiais e monstruosamente unilaterais. A forma jurídica, com seu aspecto de patrimônio subjetivo de direitos, surge numa sociedade composta de portadores isolados de interesses privados (...), porém, dado que na organização política, por sua própria essência, os interesses privados não podem obter um desenvolvimento tão pleno e um significado tão relevante como na economia da sociedade burguesa, os direitos públicos subjetivos surgem como algo efêmero, privado de raízes genuínas, sob constante dúvidas” (PACHUKANIS, 2017 p. 131).

Assim, esse autor afirma que o direito público somente pode existir como reflexo da forma jurídica privada na esfera da organização política, ou esse deixaria totalmente de ser direito. Nessa perspectiva, o direito está indissociavelmente ligado à existência de uma sociedade que exige a mediação de um equivalente geral para que os diversos trabalhos privados independentes se tornem trabalho social, tendo sua natureza intrinsecamente burguesa

(NAVES, 2000). Assim, Pachukanis (2017) afirma que “[...] a premissa real para essa superação da forma jurídica e da ideologia jurídica é uma condição da sociedade em que a própria contradição entre interesses individuais e sociais tenha sido erradicada” (PACHUKANIS, 2017, p. 132).

Segundo esse autor, um traço característico da sociedade burguesa é exatamente que os “[...] interesses gerais estão deslocados dos interesses privados e a eles se contrapõem, mas nessa contraposição eles mesmos tomam a forma de interesses privados, ou seja, a forma jurídica” (PACHUKANIS, 2017, p. 132). O caráter público do Estado só pode se constituir em uma sociedade organizada sob o princípio da troca por equivalentes e o poder estatal empresta clareza e estabilidade à estrutura jurídica, mas esse não cria os seus pensamentos, os quais se enraízam nas condições materiais. Os elementos jurídicos na organização do Estado seriam preferencialmente aqueles que se enquadram no esquema dos interesses privados isolados e compostos. Pachukanis adverte que:

Desse modo, o próprio conceito de interesse público pode ser desenvolvido somente nesse seu movimento, em que ele como que se aparta constantemente do direito privado, tentando definir-se como contraposição deste último, e depois novamente retorna-lhe, como se este fosse seu centro de gravidade. (...) o direito, como função, deixa de ser direito, e o poder jurídico, sem o interesse privado que o sustente, se torna algo inapreensível, abstrato, que passa facilmente a ser seu contrário, ou seja, a obrigação (todo direito público é ao mesmo tempo uma obrigação) (PACHUKANIS, 2017, p. 134).

Afirma, portanto, que é precisamente no direito privado que o pensamento jurídico se move de maneira mais livre e confiante, em que suas construções assumem um aspecto mais completo e harmonioso. A concepção teórica de Pachukanis se organiza, portanto, em torno da noção de sujeito de direito, sendo que o sujeito corresponderia ao átomo da teoria jurídica, o elemento mais simples, que não pode mais ser decomposto.

Ao haver o desenvolvimento das formas econômicas, com o desenvolvimento do comércio, da economia monetária e organização do processo de produção capitalista, estabelece-se a contraposição entre a vida pública e privada. Em outras palavras, esse modo de reprodução social acaba por se sustentar na separação, e na simultânea ligação entre Estado e “sociedade”, “política” e “economia”. Tal contraposição, com o tempo, adquire o caráter de algo eterno e natural, e se torna a base de qualquer doutrina jurídica sobre o poder, mas, na prática, não passa de uma doutrina, da aparência de constituição de duas esferas distintas. Isso

leva a apreender, portanto, o público e o privado por uma perspectiva das relações sociais historicamente constituídas.

Visto que toda a forma de organização social se dá a partir da divisão social do trabalho e da propriedade privada, com apropriação do excedente e de relações reificadas, esse conceito de público se estabelece como algo “a se realizar” sob a esfera do direito e das relações jurídicas, mas acaba sendo dotado da falta de materialidade histórica — já que não existem reais condições materiais que o sustentem. A necessidade de se produzir a noção de que existe uma esfera de interesses públicos, comum a todos, acaba tendo uma expressão no plano do Estado, aspecto esse que será discutido a seguir. Pachukanis sintetiza, na seguinte ideia, que:

[...] a dominação de classe, tanto na forma organizada, como na forma não organizada, é muito mais ampla que a área que pode ser denominada como domínio oficial do poder do Estado. A dominação burguesa se expressa tanto na dependência do governo em relação aos bancos e grupos capitalistas, como na dependência de cada trabalhador individual em relação a seu empregador, como ainda no fato de que os funcionários do aparato do Estado estão pessoalmente vinculados à classe dominante. Esses fatos — e seu número pode multiplicar-se até o infinito — não possuem nenhuma expressão oficial, jurídica, mas em seu significado eles coincidem de maneira magnífica com os fatos que encontram uma expressão oficial jurídica e constituem a submissão desses mesmos trabalhadores às leis do Estado burguês, às ordens e determinações de seus órgãos, às sentenças de seus juízes etc. Com a dominação de classe direta e imediata, cresce de igual maneira a dominação refletida e indireta, na forma do poder do Estado como força especial, que se separou da sociedade. Com isso surge o problema do Estado, que não proporciona menos dificuldades para a análise do que o problema da mercadoria (PACHUKANIS, 2017, p. 169).

Faz-se necessário, assim, considerar uma análise da forma-estado, constitutiva dessa forma de reprodução social.

3. ESTADO E A FORMA-POLÍTICA: A APARENTE DISSOCIAÇÃO ENTRE PÚBLICO E PRIVADO

Na sociedade produtora de mercadorias, que garante a forma de reprodução do capital por relações fetichizadas, com divisão do trabalho e expropriação de parte do valor produzido a partir de relações mediadas pelo contrato, surge um novo fetichismo, o do Estado político, com a separação entre sociedade civil e representação política. Ao atribuir ao indivíduo o direito da liberdade, da igualdade e da propriedade, ao constituir-se o sujeito-proprietário que pode circular no mercado e vender e comprar as mercadorias, necessariamente há a necessidade de

garantir o arbítrio desses sujeitos, e a coerção não pode aparecer em sua forma não mascarada. O Estado pode se apresentar, assim, como “vontade geral” abstrata que se limita a garantir a ordem pública e a velar pela observância das normas jurídicas, o que exclui o exercício da coerção estatal como sujeição de uma parte da sociedade por outra.

A forma valor somente se estabelece plenamente quando, em simultâneo, se apresenta, entrelaça-se e se reflete em várias outras formas sociais correlatas. Nesse conjunto, além da forma jurídica anteriormente apresentada, a forma estatal se constitui de modo a garantir a circulação e a reprodução econômica capitalista (PACHUKANIS, 2017).

Já em seus textos iniciais, Marx (2010) indica que a sociedade burguesa, ao longo do seu processo de constituição, acaba por gerar a emancipação política, levando a uma separação do homem de sua comunidade, entre si e dos demais homens. Assim, nesse processo de reorganização da produção, estabelece-se a cisão do homem em público e privado. A emancipação política, segundo o autor, representa a dissolução da sociedade antiga, a qual era baseada no sistema estatal alienado do povo, com poder soberano. Há a instituição de indivíduos independentes, cuja relação é baseada no direito, além da instituição de um Estado que acaba por anular “a diferenciação por nascimento, estamento, formação e atividade laboral”, ao declarar essas como “diferenças apolíticas, ao considerar cada membro, do povo, sem consideração destas diferenças, como participante igualitário da soberania nacional” (MARX, 2010, p. 40).

O direito dos homens é diferenciado em direito dos cidadãos/direitos humanos, constituindo então o membro da sociedade burguesa. Longe de anular efetivamente as diferenças fáticas, esse existe tão somente sob o pressuposto delas. Marx (2010) afirma que, a partir da essência da emancipação política, há a possibilidade da instituição da relação entre o Estado político e a sociedade burguesa. Porém, esse faz a ressalva de que não se deve ter ilusão quanto ao limite da emancipação política. Ao debater a questão judaica e os aspectos da religiosidade na então sociedade burguesa, afirma que “[...] a cisão do homem em público e privado, o deslocamento da religião do Estado para a sociedade burguesa, não constitui um estágio, e sim a realização plena da emancipação política” (MARX, 2010, p. 42). Segundo suas ideias, tem-se que:

A constituição do Estado político e a dissolução da sociedade burguesa nos indivíduos independentes — cuja relação é baseada no direito, assim como a relação do homem que vivia no estamento e na guilda era baseada no privilégio — se efetiva em um só e mesmo ato. O homem, na qualidade de membro da sociedade burguesa, o homem apolítico,

necessariamente se apresenta então como o homem *natural*. Os *droits de l'homme* se apresentam como *droits naturels*, pois a *atividade consciente* se concentra no *ato político* (MARX, 2010 p. 53, grifos do autor).

Nesse sentido, Naves (2000) indica que Pachukanis reforça a leitura de que o cidadão corresponde ao indivíduo despojado de seus liames de classe e de sua “particularidade”, para criar-se o indivíduo “universal” que participa do Estado. Segundo o autor, essa determinação corresponde integralmente à representação jurídica do indivíduo e o seu fundamento é a categoria de sujeito de direito. O Estado aparece, portanto, como algo natural, como mediador entre o homem e a liberdade do homem. Assim, o antagonismo entre direito público e direito privado não se dá apenas no nível abstrato, mas se desenvolve na prática por meio do dualismo entre o sujeito de direito e o cidadão como membro da sociedade política.

Dessa maneira, a dominação de classe na sociedade burguesa se reafirma não de forma direta e imediata — como nas sociedades pré-capitalistas —, mas se apresenta como um poder impessoal que não funciona a serviço dos interesses privados de uma classe, mas que se põe como autoridade pública, distante e acima das classes, ou melhor ainda, “estranha” a essas (PACHUKANIS, 2017). Marx (2010) afirma ainda que:

O Estado político pleno constitui, por sua essência, a vida do gênero humano em oposição à sua vida material. Todos os pressupostos dessa vida egoísta continuam subsistindo fora da esfera estatal na sociedade burguesa, mas como qualidades da sociedade burguesa. Onde o Estado político atingiu a sua verdadeira forma definitiva, o homem leva uma vida dupla não só mentalmente, na consciência, mas também, na vida concreta; ele leva uma vida celestial e uma vida terrena, a vida na comunidade política, onde ele se considera um ente comunitário, e a vida na sociedade burguesa, em que ele atua como pessoa particular, encara as demais pessoas como meios, degrada a si próprio à condição de meio e se torna um brinquedo na mão de poderes estranhos a ele (MARX, 2010, p. 40).

Assim, estabelece-se uma cisão entre a comunidade política, onde o indivíduo é considerado ser comunitário, genérico, e a sociedade civil, em que atuam os sujeitos particulares com seus interesses privados. Pachukanis (2017) afirma que “[...] o Estado de direito é uma miragem, mas uma miragem extremamente conveniente para a burguesia, porque ela substitui a desvanecida ideologia religiosa, ela oculta às massas o fato da dominação da burguesia” (PACHUKANIS, 2017 p. 178), apoiando-se nas relações sociais sem, no entanto, refleti-las completamente.

Nesse processo, a ideologia jurídica permite que se estabeleça o meio de expressão no Estado, sob a forma de interesse geral, dos diversos e contraditórios interesses particulares que se chocam na sociedade civil. Naves (2000) afirma que tudo se passa, portanto, como se o Estado, anulando as classes, eliminasse também a própria contradição da sociedade capitalista, erigindo-se em lugar da não-contradição, onde se realiza o “bem comum”.

Pachukanis (2017) indica que “[...] não podemos nos restringir ao argumento de que, para a classe dominante, é vantajoso fazer uma névoa ideológica e ocultar por detrás do biombo do Estado a sua dominação de classe” (PACHUKANIS, 2017 p. 171). Apesar de o autor concordar com essa afirmativa, reitera seu caráter insuficiente para expressar porque a referida ideologia pôde ser criada e, conseqüentemente, porque a classe dominante pode se utilizar dela. Assim, reforça a necessidade da busca de uma análise da gênese dessa constituição. O autor associa a constituição do Estado como “vontade geral” impessoal, como “poder do direito”, enquanto a sociedade se constitui como um mercado. Sem o Estado como terceiro em relação à dinâmica entre capital e trabalho, o domínio do capital sobre o trabalho assalariado seria domínio direto, como se deu em outros momentos históricos, como no modo de produção escravista e feudal. A reprodução da exploração assalariada e mercantil fortalece, necessariamente, uma instituição política apartada dos indivíduos, representando a possibilidade da própria reprodução do capital. Nas palavras de Pachukanis (2017), tem-se claro que:

Onde surge em cena a categoria valor e do valor de troca, a premissa é a vontade autônoma das pessoas que atuam na troca. (...) A coerção, como ordem de um homem dirigida a outro e reforçada pela força, contradiz a premissa fundamental da relação entre possuidores de mercadorias. Por isso, na sociedade dos possuidores de mercadorias e no âmbito do ato de troca, a função de coerção não pode atuar como função social sem ser abstrata e impessoal. A submissão ao homem como tal, como indivíduo concreto, significa para a sociedade produtora de mercadorias a submissão ao arbítrio, pois para ela coincide com a submissão de um possuidor de mercadoria a outro. Por isso também a coerção não pode atuar aqui em sua forma desmascarada, como um ato simples de convivência. Ela deve atuar como coerção proveniente de alguma pessoa abstrata geral, como coerção realizada não no interesse do indivíduo do qual ela provém [...], mas no interesse de todos os participantes do intercâmbio jurídico (PACHUKANIS, 2017, p. 174-175).

Chega-se à síntese de que essa representação jurídica do Estado é fundada na separação entre Estado e a sociedade civil, distanciamento esse que provém da distinção jurídica entre público e privado. O Estado se constitui como a esfera de existência exclusiva da política —

lugar de representação dos interesses gerais — e a sociedade civil é o lugar onde habitam os interesses particulares, com a necessária regulação de trocas constantes entre indivíduos atomizados. Pachukanis (2017) afirma, então, que a esfera política e, em particular, a estrutura oficial de Estado, são elementos secundários, derivados da teoria do valor e do modo de reprodução social, e é sob a igualdade formal para todos e a transformação do trabalho como mercadoria especial que a noção de Estado e direito se constituem.

Dessa maneira, entre a forma-valor e a forma jurídica estatal não há uma decorrência de desdobramento lógico necessário nem total acoplamento funcional, mas um processo de constituição da sociabilidade. Considera-se, portanto, que é por uma análise das estruturas de reprodução do capital que se entende o *locus* desse aparato político.

Afirmar que o capital e o Estado estabeleceram uma interação no curso de seu desenvolvimento não representa indicar que o Estado é uma produção imediata do capital, mas a constituição do Estado e diferentes capitais nacionais⁸ se deram de maneira simultânea e integrada. Harman (1991) indica que o desenvolvimento de um inevitavelmente influencia no desenvolvimento do outro, mas deve-se buscar uma compreensão do arranjo composto pela relação com a exploração do trabalho para o processo de acumulação e valorização do capital, considerando que as diferentes formas de capital e os Estados nacionais são independentes, mas integrados uns aos outros.

Em primeiro lugar, ao abrir a separação entre o domínio econômico e domínio político, o burguês não é necessariamente o agente estatal, sendo que a imbricação do aparelho estatal vai muito além dos agentes diretos de uma classe. Além disso, apesar de ser possível fazer uma leitura sobre as forças políticas que se constituem no interior do Estado em determinado momento e local (como muitos trabalhos vêm demonstrando a participação de classe e fração de classe), não pode partir dessa concepção como principal foco de análise. É inegável que uma leitura do papel da organização, da atuação das classes burguesa e trabalhadora, e o reflexo da luta de classe é fundamental para dar conta das diversas relações existentes no seio do Estado e da sociedade capitalista. Porém, essa deve ser articulada à totalidade dos processos sociais e suas formas, não privilegiando o exame teórico das classes em detrimento do modo de reprodução do capital.

---

⁸ No referencial marxista, considera-se que o capital é composto por frações do capital, todos partes de um todo, mas com movimento próprio no processo de acumulação. Estes são: o capital industrial (único capital produtor de mais-valia), o capital comercial e o capital portador de juros (estes últimos, apropriam-se de parte da mais-valia sem produzi-la diretamente). O capital portador de juros, segundo esta perspectiva, alcançaria o modo mais fetichizado, com a ideia de que “*dinheiro gera dinheiro*” sem necessariamente passar por um processo de produção para a sua valorização, sendo que uma das formas que pode se apresentar é o capital fictício (dívida pública, capital acionário e capital bancário) (MENDES, 2012; NETTO; BRAZ, 2009).

Muitas vezes, leituras que acabam por reforçar o politicismo, com foco nos arranjos institucionais com autonomia supostamente maleável aos interesses dos governantes — inclusive para promoção dos interesses da sociedade em geral — acabam por centralizar o debate em aspectos da função técnico-econômica e o papel ideológico, como se fossem subdeterminados pela sua função propriamente política. Não que se negue a relação entre aspectos políticos e econômicos, mas muitas produções acabam por não fazer das leis do movimento capitalista um ponto de partida para compreensão dos processos políticos (CALDAS, 2015). Assim, apostas numa transformação pacífica e contínua por reformas jurídicas, obtidas a partir da tomada gradual do poder do Estado acabam sendo apresentadas.

Dizer que se embasa na compreensão das leis do movimento capitalista como ponto de partida para a análise não significa, em hipótese alguma, que se terá uma leitura economicista, ou que não sejam considerados os avanços da luta de classe por processos de mediação entre capital/trabalho. Entretanto, esse referencial, que localizará o Estado e os aspectos políticos no contexto histórico, cultural e social, e considera uma relação direta com a teoria do valor, explicita a impossibilidade de se abolir o modo de produção que se baseia na desigualdade social por intermédios legislativos e reformas no aparelho estatal.

Assim, essa análise leva a questionar a leitura de que o Estado se constitui como um instrumento natural e neutro, o qual terá diferentes configurações a partir de quem fizer a gestão. Pachukanis, autor que viveu no início do século XX, na União Soviética, durante o regime soviético, afirmava que a ideia de um “direito proletário” se revelava como uma impossibilidade lógica (PACHUKANIS, 2017)⁹. Esse afirmava que as categorias do direito burguês de modo nenhum significaria a substituição por novas categorias de direito proletário; e, ainda, que deveria necessariamente haver a extinção gradual do elemento jurídico nas relações humanas, concomitante com a extinção das outras formas do capital. Dessa maneira, a política de superação do capitalismo que estava se estabelecendo naquele momento, necessariamente deveria ser a desconstrução da valorização do valor em todos os âmbitos, e não “uma melhor administração” do aparelho estatal (mesmo que sob o controle operário).

---

⁹ Naves (2000), ao fazer considerações sobre as principais tendências que cortavam o campo do direito no período, afirma que “[...] as primeiras tentativas de elaboração de uma concepção marxista do direito no período imediatamente seguinte à Revolução Russa de 1917, decorrem da necessidade imperiosa de se criar uma organização judiciária e legislativa” (NAVES, 2000 p. 24). O autor afirma ainda que, além de sofrer influência do pensamento jurídico burguês e do funcionalismo socialdemocrata, há uma concepção marxista pouco sistematizada. Diz ainda que havia também uma necessidade política de colocar em funcionamento o novo aparelho judiciário. Para aprofundar a compreensão do contexto e as tendências com que Pachukianis estava dialogando, ler “Introdução” do livro “Marxismo e Direito: um estudo sobre Pachukanis”, de Márcio Naves (NAVES, 2000).

A partir dessa perspectiva, tem-se uma compreensão do Estado como uma forma específica da sociabilidade capitalista. Assim, para o referido autor, o capital, o direito e o Estado estabeleceram uma interação no curso de seu desenvolvimento, não que seja uma produção imediata e interligada de maneira diretamente explícita, mas que o desenvolvimento se deu de maneira simultânea e integrada, em que a evolução de um inevitavelmente influencia a do outro.

Como discutido neste trabalho, até essa seção, deve-se buscar uma compreensão do arranjo composto pela relação daqueles aspectos — capital, direito e Estado — com a exploração do trabalho para o processo de acumulação e valorização do capital. Apesar de apresentarem certa autonomia mediante a reprodução capitalista, sua posição existencial e estrutural depende dessa contínua reprodução.

Portanto, se for levado a fundo a análise, esses elementos teóricos expressam uma inviabilidade tanto de um reformismo jurídico, como da instituição de rearranjos políticos que conduzirão à efetiva solução dos problemas sociais. Afasta-se uma ilusão acerca dos poderes estatais para implementação de uma igualdade e para a superação das crises econômicas, por mais que possam representar uma tática ao ocupar esse espaço, em determinado momento histórico, em certa correlação de forças na luta de classe. Além disso, permite entender as insuficiências das apostas exclusivas ou prioritárias no domínio governamental, mesmo que seja por movimentos ou partidos radicais.

Compreendendo que a forma-estado e a forma-jurídica têm uma articulação intrínseca no movimento de acumulação do capital enquanto são expressão da mesma, realiza-se uma caracterização breve sobre as mudanças políticas e econômicas das décadas de 1970–1980 e a constituição de políticas de caráter neoliberal nesse período. Essa descrição mostra-se importante dado que representa as transformações institucionais na lógica de compreender os direitos sociais no período em que o PROADI-SUS foi constituído. Além disso, visou-se ofertar subsídios utilizando autores contemporâneos que fazem análises das políticas sociais propriamente ditas nesse período.

4. POLÍTICAS NEOLIBERAIS E REFORMAS GERENCIAIS: MUDANÇAS NA FORMA-JURÍDICA E FORMA-ESTADO FRENTE AS EXIGÊNCIAS DO CAPITAL

Considerando-se que a forma-estado e a forma-jurídica têm uma articulação intrínseca no movimento de acumulação do capital, conseqüentemente as políticas sociais são expressões multifacetadas da questão social no capitalismo, cujo fundamento se encontra nas relações de

exploração do capital sobre o trabalho. Assim, as políticas sociais têm uma determinada configuração, a depender da organização e de como se dá a luta de classe em determinado local e em determinado momento histórico, além de como se organiza o processo de reprodução e acumulação do capital (relações estas que mutuamente se alimentam e se constituem).

Se há uma perspectiva de que essa forma de produção gera como questão social uma ampliação da desigualdade e da exploração, pode-se estabelecer uma intervenção estatal pelo viés do direito formal, onde o Estado passa a ser, por um lado, investidor econômico, por outro, regulador da economia e dos conflitos, visando conciliar crescimento econômico com legitimidade da ordem social. Marca desse processo foi o arranjo do Estado Social, implementado nos países europeus, entre a I Guerra Mundial e a década de 1970. A intervenção estatal na questão social acabou sendo financiada por meio da contribuição compulsória de toda a sociedade, incluindo o capital, e instituiu-se uma lógica de direito e implementação de modelos de proteção social (BEHRING; BOSCHETTI, 2011; MONTAÑO, 2002).

A necessidade de instituição de mecanismos de intervenção extra-econômicos é caracterizada por Netto (2009) como um traço significativo do capitalismo monopolista, havendo um redimensionamento do papel do Estado. Segundo o autor, o eixo da intervenção estatal passa a ser direcionado para garantir os superlucros dos monopólios, sendo que o Estado desempenha uma multiplicidade de funções nesta perspectiva como, por exemplo, a inserção nos setores básicos não rentáveis; a assunção do controle de empresas capitalistas em dificuldades, com socialização das perdas e posterior reprivatização; instituição de subsídios diretos e indiretos; gasto com investigação e pesquisas; além da institucionalização de direitos e garantias cívicas e sociais que visam assegurar a reprodução e manutenção do trabalho e regular a possibilidade de consumo.

Netto (2009) afirma, portanto, que só é possível pensar em política social estatal na sociedade burguesa com a emergência do capitalismo monopolista, configurando a intervenção sistemática e estratégica sobre as sequelas da questão social. Atua, também, como mediador de interesses conflitantes, operando como vigoroso suporte da ordem sócio-política.

Na base da sucessão de formas estatais está a luta de classe e conjuga-se, assim, a necessidade das empresas capitalistas terem garantido a reprodução da força de trabalho; uma mediação frente a pressão da classe trabalhadora e outros grupos sociais no sentido de ter suas demandas atendidas por políticas estatais; e a necessidade de amortecimento dos conflitos sociais para evitar uma crise de governabilidade ou então a transformação social (VIANA, 2006).

Montaño (2002) indica que, se as políticas sociais estatais, nesse momento histórico, eram funcionais ao capital, eram também funcionais à consolidação das demandas dos trabalhadores, configurando um processo contraditório entre capital e trabalho com a dialética entre concessão e conquista. Buscou-se instituir uma ampliação do papel do fundo público, desencadeando medidas de sustentação da acumulação, ao lado da proteção ao emprego e às demandas dos trabalhadores, viabilizada por meio dos procedimentos democráticos do Estado de direito, sob condução da socialdemocracia (BEHRING, 2008; BEHRING; BOSCHETTI, 2011; MONTAÑO, 2002).

Após a década de 1970, viveu-se sob uma reorganização no modo de produção capitalista, caracterizada como a era da acumulação flexível. Observa-se um processo de reestruturação produtiva, assinalada pela “desterritorialização” da produção, sendo que unidades produtivas foram deslocadas para novos espaços territoriais (especialmente áreas da periferia do capitalismo). Ao nível internacional, observou-se intensa incorporação de tecnologia e um processo de terceirização nos espaços de produção (NETTO; BRAZ, 2009).

Harman (1991) indica que, para uma geração dos fluxos comerciais e financeiros entre potências capitalistas, observou-se uma subordinação das exigências da acumulação competitiva nas fronteiras dos Estados nacionais, dependendo de negociações ao nível dos Estados para cada uma das frações do capital. Na era da mundialização e financeirização do capital, constituiu-se como objetivo das grandes empresas transnacionais diluir a economia dependente no mercado global para poderem explorar as potencialidades de negócios da periferia, sem sacrificar sua mobilidade espacial (SAMPAIO JÚNIOR., 1999, 2007).

Apesar das exigências e negociações com cada nação, o Estado acabou assumindo funções para o capital: garantia de fornecimento de força de trabalho qualificada e de algum grau de proteção dos mercados locais; o regulamento ordenado de relações comerciais com outras capitais e prestação de uma moeda estável; a tomada de medidas para proteger as empresas contra os perigos repentinos apresentados pelo colapso de grandes fornecedores e clientes; e prestação de força militar como último recurso de proteção de seus interesses. Constituiu-se uma integração e um desenvolvimento mútuo do Estado e do capital (composto por suas diferentes frações), entrelaçados entre si (HARMAN, 1991).

Mészáros (2015) analisa esse processo de modificação da intervenção estatal como sendo parte de uma crise estrutural do sistema do capital, o qual tem sofrido aprofundamento nas últimas décadas. O autor descreve tentativas de medidas corretivas de Estado, com intervenções militares para enfrentar colapso financeiro, ou operações de resgate do capital

realizado pela crescente dívida pública, as quais são normalmente analisadas como se fosse possível postular uma base substancialmente diferente para os processos de decisão global da ordem social estabelecida.

Como uma das formas para mediação da reprodução social contemporânea, destacam-se as contrarreformas que o Estado vem adotando, as quais acabam por representar uma mediação direta com o capitalismo financeirizado e sua crise. Mendes e Carnut (2018) afirmam que, nos últimos 30 anos, as economias capitalistas assistem a uma tendência de queda da taxa de lucro, com destaque para a economia norte-americana, e para o enfrentamento dessa tendência, o capital vem buscando o caminho da valorização financeira.

Nessa reorganização da forma de acumulação do capital, o Estado acaba por se afastar parcialmente da intervenção social, apesar de continuar assumindo um caráter de subsidiador e promotor no momento em que articulam as políticas sociais com a filantropização e o “terceiro setor”. Nesse sentido, vale destacar que em âmbito internacional vê-se uma ampliação das respostas às demandas sociais por entidades independentes/privadas (MONTAÑO, 2002).

Montaño (2002) afirma que, nesses últimos anos, as políticas sociais universais, não-contratualistas e constitutivas de direito de cidadania são acusadas pelos liberais de propiciarem o esvaziamento de fundos públicos, sendo “mal aplicados” em atividades burocratizadas, sem retorno e que estendem a cobertura a toda a população indiscriminadamente, como sendo um dos aspectos da crise. Predomina-se, assim, a perspectiva de reduzir ou até eliminar a intervenção social do Estado em diversas áreas, preponderando a lógica da sociedade civil e do mercado. Ao ampliar o processo de privatização nas políticas sociais, ou seja, transferir ao mercado e responsabilizar a sociedade civil para lidar com questões que antes o Estado assumiu, o capital se desonerou da contribuição compulsória.

O autor indica que é de suma importância inserir o debate do chamado “terceiro setor” no interior (e como resultado) do processo de reestruturação do capital, particularmente no conjunto de contrarreformas do Estado. Como indicado na introdução deste capítulo, em âmbito internacional, constata-se reformas em três momentos articulados que delineiam as mudanças nesse processo de reestruturação das políticas sociais.

Seguindo os pressupostos apresentados neste capítulo, as mudanças na forma de acumulação do capital refletem mudanças na constituição e no desenvolvimento de como se entende o direito e como se constitui a organização estatal. Frente à crise do capital, são implementadas medidas de contra tendências que visam mediar a queda da taxa de lucro, aspectos esses que terão expressão na forma-jurídica e na forma-estado.

Um dos marcos do processo de transformações da forma-jurídica e da forma-estado foi selado por meio do Consenso de Washington, em 1989, com o estabelecimento de compromissos entre presidentes eleitos da América Latina e representantes do Banco Mundial (BM), do Fundo Monetário Internacional (FMI) e do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). Yazbeck (1995) indica que entre as reformas de cunho neoliberal propostas prevê-se a realização de reformas estruturais para a estabilização da economia como as privatizações, a desregulamentação dos mercados, a descentralização e a retomada do desenvolvimento. Estabeleceu-se, portanto, o enquadramento político-ideológico do neoliberalismo, reforçando as políticas de ajuste fiscal (BEHRING, 2008; BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Num primeiro momento, nos anos 1980, passou-se a questionar o Estado como promotor de políticas de caráter universal e instituição de modelos de proteção social na perspectiva da seguridade social. Constituiu-se uma análise da falência do Estado Social e da necessidade de contenção dos custos e controle dos gastos estatais, reafirmando-se uma análise de sobrecarga frente às demandas exacerbadas pela crise econômica, além de uma excessiva intervenção estatal nos negócios privados. Nas palavras de Almeida (1999), a:

[...] necessidade de reduzir o desequilíbrio fiscal e criar condições macroeconômicas mais sustentáveis têm se centrado nos esforços para diminuir o tamanho do setor público; insular o Estado das pressões dos interesses particulares; pautar-se por regras e não por decisões discricionárias; e delegar decisões a agências independentes que não tenham incentivos para se renderem a pressões políticas. Isto tem significado diminuir as atividades convencionalmente assinadas ao setor público, restringindo a atuação do Estado àquelas ações que lhe são “próprias”, alegando-se que, por esta via, tornar-se-ia mais eficiente (ALMEIDA, 1999, p. 264).

Nesse contexto, a leitura neoliberal constitui uma nova modalidade de resposta à questão social, interrogando-se a concepção de direito implementada no período anterior e a forma de instituição das políticas sociais e assistenciais. Montañó (2002) indica que essa mediação da questão social não se constitui mais com instituição de direitos e garantias cívicas e sociais de caráter universalista. Cria-se, em substituição, uma modalidade polimórfica de respostas às necessidades individuais, diferente segundo o poder aquisitivo de cada um. Tais respostas não constituiriam direito ofertado pelo Estado, mas uma atividade filantrópico/voluntária ou um serviço comercializável, estruturando-se de maneira focalizada e descentralizada.

Cabe destacar aqui a leitura pachukaniana de que a norma e o direito, sustentada pela forma estatal, acaba por se configurar como um instrumento de luta de classe sendo uma

expressão na forma de acumulação do capital. Neste momento de reprodução social, os contratos e lógica de instituição das políticas sociais são flexibilizados, com a minimização do confronto de interesses opostos e ampliação do processo de exploração para enfrentamento da crise do capital.

Num segundo momento, marcado principalmente nos anos 1990, implementa-se um conjunto das contrarreformas focadas numa abordagem gerencial, sendo reafirmada uma racionalidade do Estado como regulador. Almeida (1999) pondera que, ainda que o empenho para “fazer com que o Estado funcione melhor” não seja novo na história moderna, nunca havia tido antes um movimento tão homogêneo e amplo, o qual foi difundido tão rapidamente. Constituem-se formulações no intuito de retirar da responsabilidade única do Estado de algumas das atividades que até então compuseram a rede de proteção social construída sob a perspectiva do Estado Social (ALMEIDA, 1999).

Essa perspectiva, segundo Almeida, teria seis pontos de estruturação, voltados para esse processo de contrarreforma estatal orientada para o mercado:

- 1) *flexibilidade gerencial*, promovida por diferentes formas, mas centrada fundamentalmente na quebra dos monopólios estatais, na diminuição do quadro de funcionários públicos e na dispensa da força de trabalho “supérflua”; 2) *remoção das “barreiras burocráticas”* (normas, procedimentos e estruturas do aparelho de Estado), numa perspectiva pragmática, privilegiando a ideia de “gerenciamento da qualidade total” em oposição à de “controle burocrático hierarquizado”; 3) atendimento das *demandas do consumidor* (cidadão/cliente), em oposição às “conveniências dos burocratas e políticos”; 4) introdução de mecanismos de *competição de mercado* como “verdadeiros” incentivos para atingir maior eficiência e construir uma gerência mais competente; 5) *terceirização* e investimentos em *novas tecnologias de informação*, tornando as organizações *mais leves*; 6) foco na mudança de *procedimentos e nos processos*, e não da estrutura organizacional (ALMEIDA, 1999 p. 266 grifos da autora).

Costa e Peci (1999) afirmam que para esse processo se efetivar, ao tomarem como imperativo orçamentário o principal motor para as mudanças, as estratégias implementadas se constituíram em três vertentes: uma reforma patrimonial, pela transferência de ativos para o setor privado sobretudo pela privatização de empresas e de investimento estatal; uma reforma tributária, voltada para aumento de receita e ampliação de arrecadação; e uma reforma gerencial, dirigida para o aumento da eficiência do gasto estatais.

Peci, Pieranti e Rodrigues (2008) descrevem que, no contexto europeu e estadunidense, a partir dos anos 1970, uma das expressões desse processo foi a existência e a

institucionalização de parcerias formais e informais entre o Estado e o setor privado. Dessa maneira, tornou-se possível o uso híbrido de recursos estatais e privados, com criação, inclusive, de modelos organizacionais híbridos.

Esses elementos se estruturaram de diferentes formas nos diversos países, a depender do modo como se constituía o Estado nacional e os modelos de proteção social. Maarse (2006) problematiza como esses “modernos programas de reformas” desencadearam um processo de privatização nos sistemas de saúde em diversos países europeus. Ao investigar como se consolidou esse processo em oito países, verificou que houve uma ampliação do setor privado no setor estatal de assistência à saúde de diferentes maneiras. Maarse analisou a manifestação desse processo por meio do “financiamento em saúde”, “provisão de serviço”, “administração e atividades operacionais do cuidado em saúde” (com a gestão desenvolvida pelo setor privado) e “investimentos no cuidado à saúde”¹⁰.

A questão central nesse processo de contrarreforma gerencial reside na perspectiva de avaliação de resultados como guia para as decisões políticas, sendo que a avaliação de desempenho passa a ser o fundamento sobre o qual as mudanças são construídas. Focam-se os serviços no consumidor e busca-se romper o monopólio estatal com ampliação da relação público-privado na oferta de serviços. De maneira geral, são introduzidas várias medidas racionalizadoras da assistência médica, na tentativa de diminuição de gasto; há a separação entre provisão e financiamento de serviços (ou entre compradores e prestadores), com o fortalecimento da capacidade regulatória do Estado; há a construção de “mercados regulados ou gerenciados”, com a introdução de mecanismos competitivos, além de utilização de subsídios e incentivos visando a reestruturação da relação do setor estatal e setor privado (ALMEIDA, 1999).

O BM publicou um relatório sobre o desenvolvimento mundial, em 1997, intitulado *O Estado num mundo em transição* (BANCO MUNDIAL, 1997). Registrou-se, nesse documento, que a lição dos últimos anos foi de que o Estado não podia cumprir suas promessas, sendo que, em âmbito mundial, a resposta às deficiências da intervenção governamental se deu a favor dos mecanismos de mercado. Pondera, entretanto, a importância de um Estado que desempenhe um papel catalisador e facilitador, incentivando e complementando as atividades das empresas privadas e dos indivíduos. Assim, propõe uma dupla estratégia, sendo que primeiramente os

---

¹⁰ Maarse (2006) não trabalha com a concepção *stritu sensu* de privatização, com a venda do patrimônio público ao setor privado exclusivamente, mas trata de fazer uma análise de como as reformas levaram a um aumento de elementos privados no setor público com a introdução de elementos do mercado no financiamento e na provisão do cuidado à saúde.

Estados deveriam ajustar as suas funções à sua capacidade, focalizando as atividades. Ao se concentrarem nas atividades estatais que seriam cruciais para o desenvolvimento, isso levaria a um aumento da eficiência.

Um segundo processo seria o de buscar meios de melhorar a capacidade do Estado mediante o fortalecimento das instituições públicas. O relatório deu especial ênfase a mecanismos capazes de incentivar os servidores públicos a melhorar o seu empenho e a agir com mais flexibilidade, o que significaria sujeitar as instituições públicas a uma concorrência maior. Isto implicaria, segundo o documento, em uma aproximação do povo, mediante maior participação e descentralização das atividades. Assim, postulou-se que além do Estado não ofertar serviços denominados “básicos”, devia-se discutir a necessidade de formar uma base jurídica para essa intervenção, escolhendo instrumentos efetivos baseados no mercado.

Uma questão que vale destacar neste relatório é a importância que se deu, como descrito nesse, a:

[...] uma parceria que requer que a voz dos pobres e dos grupos marginalizados seja levada ao próprio centro dos processos de formulação de políticas. Em muitos países há tanta desigualdade na distribuição da voz quanto na da renda. Há a necessidade vital de mais informação e maior transparência para haver um debate público bem informado e para aumentar o crédito e a confiança popular no Estado, quer na fixação de prioridades de gastos, quer na elaboração de programas de assistência social, quer na gestão dos recursos florestais e outros recursos (BANCO MUNDIAL, 1997 p. 11).

Essa ênfase propagada pelo BM referente ao aumento da participação da população está diretamente relacionada com o aumento da filantropia e participação de instituições não governamentais na execução das políticas sociais. Destaca-se que deveria dar-se “[...] alta prioridade à busca de meios de utilizar os mercados e envolver empresas privadas e outros provedores não-governamentais na prestação de serviços” (BANCO MUNDIAL, 1997, p. 63).

Esta perspectiva de reafirmar valores e crenças associados às empresas como capazes de modelar a vida social a partir da esfera do âmbito do mercado apresenta a noção do que Stotz e Araujo (2004) indicaram como cidadania corporativa em nome da responsabilidade social, que teve uma maior expressão nos anos 1990. Segundo os autores, “o universo simbólico da sociedade é tomado pelos termos da cultura empresarial, a exemplo da *Business School*, *Human Resource Management*, *Total Quality Management*, *Employee Involvement* e *Empowerment* (STOTZ; ARAUJO, 2004 p. 9)

Fontes (2006) afirma que, nesse processo, constata-se uma conversão mercantil-filantrópica, que consiste no reconhecimento de algumas demandas populares, direcionando-as

por meio da elaboração de projetos financiáveis, para a produção de serviços de cunho assistencial. Catini (2021) descreve que, nesse contexto histórico, o alto empresariado nacional apresenta suas ações como atividades “sem fins lucrativos” e promotoras de engajamento nas causas sociais, constituindo uma espécie de ativismo social mediante um processo de subsunção empresarial do “trabalho social”.

Um terceiro momento das contrarreformas gerenciais foi explicitada nos anos 2000, com ampliação da racionalidade da “nova gestão pública” já em curso, cujo enfoque central estava voltado à adaptação e à transferência dos conhecimentos gerenciais desenvolvidos no setor privado para o setor estatal. Observa-se, de maneira geral, a manutenção do discurso da necessidade de haver uma redução do tamanho da máquina administrativa e aumento da eficiência. Peci, Pieranti e Rodrigues (2008) destacam como um dos conceitos centrais a perspectiva de uma redução da dicotomia público-privada. Considerando a perspectiva de governança, o setor estatal deveria assumir o papel de liderança na mobilização de redes público-privadas, e o Estado buscaria aumentar as coalizões com outros atores, definindo prioridades e objetivos¹¹.

Puello-Socarrás (2021) analisa esse processo nos anos 2000 não como novo momento do capitalismo, como é referenciado por alguns autores, mas no sentido de continuidade das transformações para o projeto político transnacional globalizado no intuito de lidar com a crise capitalista estrutural posta, marcada a partir dos anos 1970. Indica como um marco importante desse período a constituição de um Estado empreendedor e punitivo, que estabelece uma privatização estratégica e uma descentralização público-privada. As ações estatais, segundo o autor, estão inclinadas à regulação estatal (em função) dos mercados, sendo que “[...] o empreendedor e o ‘espírito’ do empreendedorismo têm se posicionado como princípio antropológico guia de dinâmicas sociais, econômicas, culturais e políticas” (PUELLO-SOCARRÁS, 2021, p. 46).

O autor indica, ainda, um esgotamento da “nova gestão pública” no seu sentido original, proposto nos anos 1980 e 1990, com ênfase no questionamento da burocracia estatal para estruturas “pós-burocráticas”, com enfoque para uma desregulamentação estatal. Um aspecto desse período foi a perspectiva de instituição de uma faceta regulatória, com domínio da relação público-privado.

---

¹¹ Peci, Pieranti e Rodrigues (2008) analisam duas perspectivas internas neste processo da nova administração pública: New Public Management e movimento de governança. Por mais que possa haver especificidades na leitura institucional ao se discutir a “nova gestão pública”, este não será objeto de análise desta tese. Para maiores detalhes sobre essa perspectiva, leiam artigo *Governança e New Public Management: convergências e contradições no contexto brasileiro*.

De maneira geral, Montaño (2002) indica que o trato à questão social, contido nas políticas de cunho neoliberal, significou a coexistência de três tipos de respostas articuladas entre si. Primeiramente há um processo de precarização das políticas sociais e assistência estatal, sendo garantida a oferta de ações num nível marginal a partir de uma perspectiva de focalização e descentralização. Uma segunda expressão foi o processo de privatização das políticas sociais com a re-mercantilização dos serviços. Desta forma, parte da oferta é trasposta ao mercado e vendidos ao consumidor, conformando o que o autor denominou de oferta empresarial de serviços sociais. A terceira expressão deste processo se dá pela re-filantropização das respostas à questão social, sendo transferido ao que foi comumente denominado de terceiro setor a oferta de ações para atendimento à população “excluída” ou parcialmente “integrada”.

Para reafirmar a tese de que as transformações na forma de reprodução do capital passaram a discutir como o direito e o Estado estavam constituídos, cabe citar novamente um trecho o documento do Banco Mundial publicado em 1997, em que se faz a seguinte afirmativa:

Se os governos não puderem enfrentar com decisão a exasperante tarefa de melhorar a sua eficácia e revigorar as instituições públicas, as perspectivas de uma significativa melhoria do bem-estar econômico e social em certos países poderão ser extremamente sombrias. A aproximação do século XXI traz uma imensa promessa de mudança e uma razão para ter esperança. Num mundo de vertiginosas mudanças nos mercados, nas sociedades civis e nas forças globais, o Estado está sendo pressionado a se tornar mais efetivo (BANCO MUNDIAL, 1997, p. 177).

Apesar de apresentarem certa autonomia mediante a reprodução do capital, sua posição existencial e estrutural depende dessa contínua reprodução. Portanto, essa transformação na forma-jurídica e na forma-estado deve ser atualizada.

Como indicado na introdução desta tese, avalia-se necessário fazer uma mediação entre uma leitura mais geral dos processos sociais, com análises de uma realidade singular, que no caso deste estudo é o Brasil e o setor da saúde. A partir dessa apresentação conceitual e de aspectos mais gerais deste capítulo, será crucial investigar como as relações sociais se constituíram no país, aspecto a ser trabalhado nos próximos capítulos desta tese.

CAPÍTULO 2 — ANTECEDENTES À IMPLEMENTAÇÃO DO PROADI-SUS: CONTRARREFORMA DO ESTADO NOS ANOS 1990 E O REDIMENSIONAMENTO DO SETOR FILANTRÓPICO NO BRASIL

Como indicado no Capítulo 1, o capital, o direito e o Estado estabeleceram uma interação no curso de seu desenvolvimento. A partir de mudanças nas relações de exploração do capital sobre o trabalho, com transformações na forma de reprodução social, há mudanças na forma-estado e forma-jurídica, constituindo a expressão das políticas sociais em cada momento histórico e estágio de desenvolvimento capitalista. Deve-se considerar, necessariamente, as políticas sociais como produto e expressão do modo de reprodução social de seu tempo.

As transformações após os anos 1970, com um processo de reorganização no modo de produção capitalista caracterizado como a *era da acumulação flexível*, instituíram significativas mudanças no trato da questão social e na implementação das políticas sociais (BEHRING; BOSCHETTI, 2011). Observam-se processos de contrarreformas do Estado em âmbito internacional, seguidos da coexistência de dois tipos de respostas para as políticas sociais neste período: 1) a precarização das políticas públicas e de assistência estatais (com um duplo processo complementar de focalização e descentralização das políticas sociais estatais); 2) a privatização da seguridade por dois movimentos a) re-mercantilização dos serviços públicos (sendo transpassados para o mercado e vendidos ao consumidor); b) re-filantropização (sendo que se transfere à órbita da sociedade civil a iniciativa de assisti-la) (MONTAÑO, 2002).

Nesse processo, segundo Montaña (2002), o Estado afastou-se parcialmente da intervenção social como foi implementada principalmente no Estado Social dos países europeus, apesar de continuar assumindo um caráter de subsidiador e promotor no momento em que articula as políticas sociais com a filantropização. O setor privado acabou, assim, por se apropriar de esferas que antes não predominava, pois, estavam, de alguma forma, intermediadas pela esfera estatal de administração direta. Nesse processo de redimensionamento do setor filantrópico, observou-se o crescimento da perspectiva mercantil-filantrópica, arranjo esse instituído principalmente no setor de Assistência Social nos anos 1990 no Brasil (FONTES, 2006; MARANHÃO, 2011; YAZBECK, 1995).

É importante caracterizar essa alteração da forma-estatal e da forma-jurídica na conjuntura brasileira. A Constituição de 1988 foi implementada com uma perspectiva de política social na perspectiva do Estado Social, com a promulgação de saúde como um direito

universal e dever do Estado, abordagem essa que estava sendo questionada em âmbito internacional. Esse aspecto foi de encontro com o processo de reorganização das políticas sociais que estavam sendo pautados, com o Estado priorizando aspectos de regulação das políticas e práticas gerenciais (ALMEIDA, 1999).

No Brasil, nos primeiros anos da década de 1990, intensificou-se o processo de questionamento da Constituição Federal, com a instituição de um processo denominado “Reforma do Estado” a partir de 1995, a qual se considera aqui como representando, na prática, um movimento de contrarreforma. Há uma grande influência de organismos internacionais, tais como BM e o FMI, e tem-se como principal figura de referência Bresser Pereira, que estava à frente do então Ministério da Administração e da Reforma do Estado (MARE).

Maranhão (2011) afirma que foi por meio da reorganização do papel do Estado, da reconfiguração das políticas sociais e do deslocamento da posição dos empresários que as práticas de responsabilidade social empresarial se constituíram como um dos eixos de uma nova experiência social na política brasileira.

Este capítulo apresenta as bases para o surgimento do PROADI-SUS, considerando a maneira pelas quais foram sendo implementadas as reformas gerenciais no Brasil e o processo de reorganização do setor filantrópico. Conta com a primeira seção intitulada “A Implementação da Contrarreforma do Estado no Brasil nos Anos 1990”, que apresenta o debate trazido pelos organismos internacionais sobre a necessidade da reforma gerencial no país e sua constituição. Além disso, apresenta-se, na segunda seção, intitulada “Aspectos da Regulamentação Institucional do Setor Filantrópico nos Anos 1990”, a constituição do setor filantrópico nesse contexto político e econômico, e delineamento de subsídios ofertados.

1. A IMPLEMENTAÇÃO DA CONTRARREFORMA DO ESTADO NO BRASIL ANOS 1990

Como apresentado no Capítulo 1, em âmbito internacional, constata-se reformas em três momentos articulados, que delinearam as mudanças no processo de reestruturação das políticas sociais. Um primeiro momento, nos anos 1980, passou-se a questionar o Estado como promotor de políticas de caráter universal e de instituição de modelos de proteção social na perspectiva da seguridade social, promulgando a falência do Estado Social e a necessidade de contenção dos custos e controle dos gastos públicos. Num segundo momento, marcado principalmente nos anos 1990, implementou-se um conjunto das contrarreformas focadas numa

abordagem gerencial, sendo reafirmada uma racionalidade do Estado como regulador (ALMEIDA, 1999).

A implementação da Constituição de 1988 reafirmou os pressupostos questionados por esse processo de contrarreforma. Implementada tardiamente uma perspectiva de direito universal à saúde, baseada na perspectiva de seguridade social, autores indicam que o país vivenciava um contraditório processo. Tinha-se como referência a possibilidade de constituir o Estado Social por meio das mobilizações para a redemocratização do país e instituição da Constituição de 1988, mas este processo foi permeado pelo ajuste da liberalização do mercado ao nível internacional frente a crise internacional vivenciada a partir dos anos 1970 (BEHRING; BOSCHETTI, 2011; SANTOS, 2018).

Rizzotto (2005) indica que o governo brasileiro assimilou parte das propostas que estavam sendo indicadas internacionalmente por meio da influência de organismos internacionais, como o BM. A autora problematiza que a condicionalidade que acompanhava alguns acordos de empréstimos levou a uma contrarreforma não anunciada, representando a restrição e anulação de alguns direitos constitucionais recém-implementados.

O BM, no final dos anos 1980 e início dos anos 1990, reafirmou a importância de satisfação das necessidades humanas básicas, principalmente nos países com muita disparidade na distribuição de renda e extrema diferenciação social, como o nosso. Indicou a necessidade da instituição de programas que visassem o combate à pobreza e tivessem centralidade na Educação Básica e na Atenção Primária em Saúde. Reafirmou, também, a emergência do setor saúde como um importante mercado para o investimento privado, o qual deveria passar por reformas gerenciais. Nas palavras de Rizzotto (2005)

O Banco propõe a “consolidação das reformas institucionais”, por uma revisão constitucional, que deveria compreender: fortalecimento do papel e da responsabilização dos estados em relação ao financiamento e a prestação de assistência médica; estabelecimento de um sistema transparente e consistente, com força legal, de transferências da esfera federal para as estaduais e municipais; mudança no papel do governo federal para a regulamentação, assistência técnica, pesquisa, elaboração de padrões e de incentivos para melhoria da qualidade, regulamentação e contenção de custos, liberando-o da responsabilidade pela prestação e controle dos serviços; promoção da pesquisa e do debate sobre políticas de saúde por financiamento público e vigorosa associação com outros órgãos responsáveis pela definição de políticas nos níveis municipal, estadual e federal (RIZZOTTO, 2005, p. 143).

Destaca-se a inferência da necessidade de mudança no papel do governo federal para a regulamentação, assistência técnica, pesquisa, elaboração de padrões e de incentivos para melhoria da qualidade. Tanto o papel regulador como a contenção de custos estavam sendo pautadas de maneira clara pela agência nesse período, indicando que o Estado deveria ser liberado da responsabilidade da prestação e controle dos serviços de maneira direta. Aspectos indicados no capítulo 1 sobre a caracterização da reforma gerencial são facilmente identificados nessas orientações, como flexibilidade gerencial, remoção das “barreiras burocráticas”, introdução de mecanismos de competição de mercado como “verdadeiros” incentivos para atingir maior eficiência e construir uma gerência mais competente, além da terceirização e investimentos em novas tecnologias de informação, com foco na mudança de procedimentos e nos processos (ALMEIDA, 1999).

Uma ponderação importante é que o BM faz uma defesa da participação da rede privada na prestação dos serviços de saúde no Brasil, com críticas à preferência dada, pela Constituição brasileira, à priorização das instituições filantrópicas e sem fins lucrativos. Nesse sentido, Rizzotto (2005) sistematizou as orientações encaminhadas ao governo brasileiro pelo BM em seis pontos: 1) redução dos investimentos públicos no campo da assistência médica; 2) focalização dos serviços públicos às populações pobres; 3) ênfase nas ações preventivas, especialmente a redução dos fatores de risco; 4) utilização dos recursos públicos em programas que representem, basicamente, bens públicos; 5) estabelecimento de prioridades a partir de uma análise da relação custo/benefício; e 6) introdução de reformas institucionais e no sistema de financiamento do setor de saúde, o que incluiria a descentralização com dotação de recursos, prioritariamente para os pobres, mobilização de recursos privados, racionamento da atenção médica e o uso de incentivos e técnicas de gestão moderna.

Segundo a autora, essas orientações apresentadas em estudos e documentos publicados pela agência como *Adult Health in Brazil: Adjusting to new Challenges* (1989), *Issues in Federal Health Policy in Brazil*, (1991), *A organização, prestação e financiamento da saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90'* (1995), expressam-se, também, por projetos financiados pelo banco.

Rizzotto (2005) destaca três projetos que tiveram a participação financeira do BM: Projeto de Vigilância e Controle de Doenças (VIGISUS); Projeto de Controle e Prevenção de DST/AIDS; e Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (REFORSUS), ou, como o BM acabou por denominar no acordo de empréstimo assinado com o Brasil, de “Projeto de Reforma do Setor de Saúde”. Segundo Rizzotto (2005), esse último projeto destinava-se,

efetivamente, a promover reformas no SUS, visando ampliar a eficácia e eficiência no setor segundo aquele organismo internacional. A autora pondera, entretanto, que as propostas de “reformas” apresentadas como fundamentais para ampliar a assistência à saúde dos mais pobres, em realidade contribuíram com a tendência de anular ou reduzir os direitos de saúde conquistados pela sociedade brasileira e consagrados na Constituição Federal de 1988.

Esse processo de questionamentos da organização estatal brasileira e ponderação sobre a necessidade de “reforma” pode ser verificado também por documentos nacionais, como o relatório do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), referente a um seminário realizado pelo Ministério da Fazenda, em 1992 (HOLANDA, 1993). Nesse, apontou-se que, em âmbito internacional, o setor público atravessava período de crise financeira e institucional, causado pelo descompasso entre demandas sociais e capacidade fiscal do governo. Indicou-se a importância de revisão das funções do governo; a redefinição dos encargos de União, estados e municípios; a privatização de empresas estatais; o desenho de um novo sistema de seguridade social; a reforma tributária; e o aprimoramento das relações institucionais entre o Executivo e o Legislativo. Dizia ser “[...] necessário implementar um programa de reformas que permita controlar, rigorosamente, os orçamentos, aumentar a eficiência e concentrar os recursos nos grupos de beneficiários mais pobres” (HOLANDA, 1993, p. 28).

No início dos anos 1990, o país enfrentou crises cambiais, sendo que, em 1993, o governo federal implementou o Programa de Ação Imediata (PAI) iniciando a primeira fase do Programa de Estabilização Econômica, conhecido como Plano Real. Houve a compressão de gastos públicos em serviços essenciais, com cortes de verbas em diversas áreas, além da alienação e desnacionalização do patrimônio público (BEHRING, 2008). Neste período, ganhou expressão a ponderação de que havia uma crise da administração pública burocrática desde o regime militar, mas que essa passou a ter maior expressão após 1988, com a nova Constituição. O debate em torno da necessidade de ser implementada uma “reforma” administrativa foi sendo referendada em diversos setores do Estado.

Behring e Boschetti (2011) indicam que para legitimar e justificar a implementação das contrarreformas se constituiu um discurso “anti-público”. Reforçando a análise da necessidade de um Estado regulador mais eficaz e eficiente, justificaram-se os processos de privatização por atrair capitais, reduzindo a dívida externa; diminuir a dívida interna; obter preços mais baixos para os consumidores; melhorar a qualidade dos serviços; e atingir a eficiência econômica das empresas, que estariam sendo ineficientes nas mãos do Estado. Assim, as autoras afirmam que, no início dos anos 1990, houve a instituição de análises e políticas econômicas que

representaram um giro conservador no sentido da liberalização do mercado. Pode-se constatar que os avanços jurídico-constitucionais, considerando a implementação de uma política estatal voltada para a universalização do acesso e pautada no conceito de seguridade social, não tiveram correspondência na execução da política, fundamentada pela maneira como os governos atuaram e dos arranjos institucionais que foram sendo constituídos (AMADIGI et al., 2007; BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Costa e Peci (1999) indicam que, no contexto brasileiro, principalmente no início dos anos 1990, a contrarreforma do Estado brasileiro se concentrou no processo de desestatização das empresas estatais. Iniciou-se com o processo de privatização do setor industrial, seguido, segundo esses, da fase de transferência para o setor privado dos serviços públicos de infraestrutura. Constituiu-se, nesse período, o Programa Nacional de Desestatização (criado pela Lei n.º 8.031/90 e regulamentado pela Lei n.º 9.491/97), política fortemente recomendada pelos organismos internacionais, tais como BM e FMI.

Yazbeck (1995) pontua que nesse contexto houve um aumento do número absoluto de pobres e que o país viveu uma conjuntura econômica dramática, dominada pela distância entre minorias abastadas e massas de miseráveis. A autora indica que o país vivenciou um processo paradoxal, pois, ao mesmo tempo em que havia inscrito um modelo de proteção social baseado na seguridade social, foi instituído um processo de ajuste fiscal e de políticas ortodoxas de estabilização econômica, não sendo implementada uma política efetiva de redistribuição de renda. Neste sentido, é importante mencionar a base dessa política econômica de estabilização adotada pelos governos do Presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC), que se apoiou no tripé macroeconômico ortodoxo, com base em metas de inflação, excedente primário e câmbio flutuante. Esse tripé se manteve ao longo das décadas de 1990 e 2000, sem alteração pelos governos dos presidentes FHC, Lula e Dilma, como serão discutidos no capítulo 3 desta tese. A lógica está sintonizada com a utilização de ajustes fiscais permanentes, forçando a diminuição de recursos direcionados à seguridade social e à saúde, em especial, sendo que, entre 1995 a 2019, o gasto do Ministério da Saúde foi mantido em 1,7% do Produto Interno Bruto (PIB) (MENDES; CARNUT, 2020).

Yazbeck (1995) também caracterizou que, nos governos do FHC, os investimentos públicos na área social foram cada vez mais vinculados ao desempenho geral da economia, marcada por políticas assistencialistas e precário padrão. A autora analisa que, à época, os programas socioassistenciais se revelavam inócuos, prestando-se mais ao clientelismo utilitário e à absorção de tensões, do que ao enfrentamento efetivo da pobreza. Nas palavras da autora:

[...] as redefinições mais recentes do capitalismo contemporâneo, as mudanças nas relações entre capital e trabalho, o processo de globalização, as transformações que se operaram no *Welfare State*, e o avanço do neoliberalismo enquanto paradigma político e econômico, trazem para o campo da Seguridade Social no país, profundos paradoxos. Pois, se de um lado o Estado brasileiro aponta constitucionalmente para o reconhecimento de direitos, por outro se insere no ajustamento a essa nova ordem capitalista internacional, onde se observa a desmontagem de conquistas no campo social e onde as políticas ortodoxas de estabilização da economia, com suas restrições aos gastos públicos, reduzem e direcionam os investimentos sociais do Estado (YAZBECK, 1995, p. 10).

Almeida (1999) indica que a proposta da então denominada “Reforma do Estado” brasileiro estava em consonância ao debate das contrarreformas gerenciais em âmbito internacional. No Brasil, esse processo ganhou caráter institucional no governo do presidente FHC, por meio do documento orientador “Plano Diretor da Reforma do Estado” (PDRE) (BRASIL, 1995), baseado nas formulações de Bresser-Pereira, que estava à frente do então Ministério da Administração e da Reforma do Estado (MARE), a partir de 1995.

Prevaleceu o discurso de que a “Reforma” se tornaria condição com a “consolidação do ajuste fiscal” e existência no país de um “serviço público moderno” (BRESSER-PEREIRA, 1997b). Explicitou-se a importância de integração com a economia mundial, apesar de indicar a necessidade de certa mediação estatal em algumas áreas sociais, como educação, saúde e cultura frente à especificidade de nosso país. Pontuou-se a importância de lidar com essa mediação por “uma terceira via”, nem puramente liberal e nem puramente intervencionista (com a consolidação de um “novo Estado” social-liberal), cuja existência estaria condicionada à articulação dos setores público e privado, o que, segundo o Plano, não seria nada ruim, mas uma solução natural, seguida pela liberalização comercial (BRESSER-PEREIRA, 1997b, 1997a).

Nessa proposta, a reforma gerencial deveria “modernizar a administração pública” com a passagem de uma administração burocrática para uma gestão “gerencial”, de maneira a torná-la eficiente sob os critérios do mercado, com o Estado atuando enquanto regulador das atividades econômicas. Essa modernização, ou o aumento da eficiência da administração pública, seria resultado de um complexo projeto de reforma no setor dos serviços “não exclusivos” do Estado. Reafirmou-se que o setor de bens e serviços deveria ser voltado totalmente para o mercado e a produção deveria ser, em princípio, realizada pelo setor privado. Às atividades que não pudessem ser controladas exclusivamente pelo mercado, o Estado

deveria assumir um caráter regulador e transferidor de recursos à figura jurídica denominada “pública não-estatal”. Esse processo, denominado como “publicização”, foi marcado pelo estabelecimento de descentralização da administração pública em certas áreas, como a da saúde, educação, centros de pesquisa e alguns serviços de cultura (BEHRING, 2008; BEHRING; BOSCHETTI, 2011; BRESSER-PEREIRA, 1997b, 1997a). A Figura 1 indica, graficamente, a proposta de reorganização dos setores do Estado.

Figura 1 - Indicação dos setores do Estado segundo a sua Forma de Propriedade e Forma de Administração prevista no plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado

	FORMA DE PROPRIEDADE			FORMA DE ADMINISTRAÇÃO	
	Estatal	Pública Não-Estatal	Privada	Burocrática	Gerencial
NÚCLEO ESTRATÉGICO Legislativo, Judiciário, Presidência, Cúpula dos Ministérios					
ATIVIDADES EXCLUSIVAS Polícia, Regulamentação Fiscalização, Fomento, Seguridade Social Básica					
SERVIÇOS NÃO-EXCLUSIVOS Universidades, Hospitais, Centros de Pesquisa, Museus	Publicização 				
PRODUÇÃO PARA O MERCADO Empresas Estatais	Privatização 				

Figura: Brasil (1995).

Com as medidas de contrarreforma, o então governo indicou que seria possível categorizar três perspectivas de propriedade: (1) a propriedade privada, voltada para a realização do lucro (empresas) ou do consumo privado (famílias); (2) a propriedade pública estatal; e (3) a propriedade pública não-estatal (BRESSER-PEREIRA, 1997a).

Dantas (2019) afirma não ser coincidência a constatação de pontos de contato da agenda vocalizada por Bresser-Pereira com as diretrizes do BM. Fez referência à articulação da política a ser implementada com o *Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial*, também publicado em 1997. Apesar desse documento não ser voltado diretamente para o Brasil, expressa as orientações que essa agência internacional estava colocando aos governos à época. Destacaram-se as orientações sobre um setor público eficiente, conjuntamente com a participação da sociedade civil, com maior descentralização do poder e dos recursos do governo. Desta forma,

incentivou-se a participação mais ampla na preparação e na provisão de bens e serviços por parcerias entre o governo, as empresas e as organizações cívicas.

Ficou claro, nesse contexto, que a então aparente separação entre o mercado e o Estado não mais se sustentava como no ciclo anterior constituído no Estado Social. Não só se explicitou a articulação do capital e da “vontade geral” abstrata representada pelo Estado, como foi apresentado como necessário o diálogo entre estas esferas, buscando-se uma “terceira via”.

Nesse contexto, aprovou-se a Lei n.º 9.637/1998, que implementou as Organizações Sociais como “novos modelos de gestão não-estatal” (ANDREAZZI, 2002; BORGES, 2012; CORREIA; SANTOS, 2015). Concomitantemente à implementação das agências reguladoras autônomas, no caso da saúde, instituiu-se a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, em 1999, e a Agência Nacional de Saúde Suplementar, em 2000 (PÓ, 2011; RIZZOTTO, 2005). Costa e Peci (1999) caracterizam que a criação das agências reguladoras em vários setores representou o fortalecimento da capacidade de regulamentação, controle e fiscalização por parte do Estado.

Rizzotto (2005) afirma, também, que esse processo foi acompanhado da adoção de medidas ou a ausência dessas, que permitiram a precarização, sem precedentes na história, do emprego público na área da saúde. Cita, nesse sentido, a criação de programas como o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF), ambos dirigidos para a população mais pobre, como exemplos de programas focais, de acordo com a orientação do BM.

Autores fazem, ainda, referência à aprovação da Lei de Responsabilidade Fiscal (oficialmente Lei Complementar n.º 101, de 2000), pautada pela agenda econômica do FMI que, entre outras coisas, estabeleceu limites para gastos com pessoal pelos entes federados (BEHRING, 2008; CARNUT; MENDES; GUERRA, 2020). Esse processo acabou por reforçar o estabelecimento de convênios e contratos.

Foi a partir desse conjunto de medidas instituídas ao longo da então denominada “Reforma do Estado”, articulado ao contexto de uma política macroeconômica ortodoxa por meio do tripé econômico — metas de inflação, excedente primário e câmbio flutuante — que ocorreu uma reconfiguração das políticas sociais brasileiras nos anos 1990, marcada pela restrição de gastos públicos. Assim, a partir de 1995, reforçou-se a perspectiva das políticas neoliberais no país (ANDREAZZI, 2002, 2013; BEHRING, 2008; BEHRING; BOSCHETTI, 2011; BORGES et al., 2012). Uma característica desse processo foi a retirada do controle da gestão estatal e do direito público, transferindo-o para o setor privado, o que levou a uma desresponsabilização do Estado no trato da questão social. Fica explícito, ao analisar a então

proposta das contrarreformas do Estado brasileiro, o direto diálogo com as diretrizes apresentadas pelo BM e as orientações sistematizadas para os processos de reforma gerencial a partir dos anos 1980.

Bahia (2008) indica que se pode constatar, em ambos os mandatos do FHC, políticas públicas de apoio ao mercado de planos e seguros privados de saúde. Foi nesse período que se debateu sobre a regulamentação dos planos e seguros de saúde, além de que se estabeleceram novos arranjos de políticas fiscais, as de incentivo à oferta de serviços privados. Esse processo reforça a análise de Montañó (2002) sobre uma das expressões do processo de reconfiguração das políticas sociais ao se constituir pela re-mercantilização dos serviços sociais, traspassados para o mercado e vendidos ao consumidor.

Bahia (2008) afirma, ainda, que às empresas de planos e seguros de saúde competia demandar a redução de coberturas, além de encontrar novos mecanismos de proteção fiscal e capitalização junto ao Executivo, Legislativo e Judiciário. Às empresas privadas de estabelecimentos de saúde coube a reivindicação de suporte financeiro para o pagamento de seus débitos junto aos fornecedores, mais subsídios fiscais e a indexação de aumentos dos valores dos prêmios ao valor de remuneração de seus procedimentos.

Mas, para além da contrarreforma gerencial desenvolvida em âmbito institucional, nos anos 1980 e 1990, observa-se a expressão desse processo também no âmbito de conversão mercantil-filantrópica, com a constituição das Organizações Não-Governamentais (ONGs), a ampliação e reconfiguração da filantropia no Brasil. Percebe-se que, apoiadas em grande medida por fontes de financiamento internacional, essas organizações deveriam provar não estarem coligadas a partidos ou a projetos políticos, limitando sua atuação a demandas específicas (FONTES, 2006).

Fontes (2006) refere que a organização das ONG se pautou numa perspectiva de “autonomia”/desvinculação dos movimentos sociais organizados, numa busca pela não subordinação política e/ou partidária, restringindo-se ao terreno de luta imediata onde se havia constituído. Endossam-se, assim, projetos genéricos, aceitáveis pelos financiadores e palatáveis à conjuntura estabelecida. Em outras palavras, ao mesmo tempo em que se reafirmava uma certa desvinculação das ONGs a grupos políticos, a perspectiva da autonomia financeira foi secundarizada, vinculando-se às agências financiadoras a partir da reafirmação das urgências das situações pontuais que deveriam ser sanadas.

A autora afirma que, nesse processo, reduziu-se o engajamento direto numa luta comum e ampliou-se a perspectiva da oferta de serviços de apoio a grupos sociais específicos. Ações

que antes se constituíam em lutas sociais mais amplas, passaram a ser desenvolvidas por contratos, por meio da lógica do mercado no setor filantrópico. Nas palavras de Fontes:

Acelerando a rotação que transformava militância em emprego, os serviços profissionais prestados poderiam — e deveriam — ser remunerados conforme o mercado, segundo as condições de pagamento dos movimentos sociais ou, caso mais frequente, por meio da orientação para obtenção de recursos junto a agências financiadoras. Novas especializações técnicas se definiam, como a de formuladores de projetos e a de agenciadores de recursos, nacionais e internacionais. Pela mesma brecha em que a filantropia se imiscuia na militância, nesse deslizamento da “luta social” para estar “a serviço de”, desaparecia do horizonte a contradição entre fazer filantropia, ser militante e ser remunerado de maneira mercantil por essa atividade (FONTES, 2006 p. 347).

Nesse processo, o conceito de sociedade civil foi se constituindo de maneira vaga e imprecisa, com enfraquecimento das mobilizações sociais, sendo que as entidades empresariais atuaram corporativa e politicamente como sociedade civil. Segundo Fontes, foi se fortalecendo uma diluição importante do significado do engajamento social para embaralhar a percepção da real dimensão da luta que se travava.

Da mesma maneira que ao se discutir a contrarreforma do Estado pontuou-se a redução do fetichismo estatal e diluição da aparente separação entre o mercado e o Estado, evidenciou-se aqui essa diluição da aparente separação entre sociedade civil e representação política, entre o capital e a “vontade geral”.

Como um marco do novo papel do Estado brasileiro na questão social e o aumento da responsabilidade da sociedade civil, houve destaque para o Programa Comunidade Solidária, estabelecido pela Medida Provisória n.º 813/95 e criado formalmente pelo Decreto n.º 1366/95 (MARANHÃO, 2011; YAZBECK, 1995). Segundo Maranhão (2011), a criação desse programa na reordenação administrativa da assistência social foi elemento central na chamada refilantropização da questão social, num contexto de flexibilização seguindo princípios da parceria, da solidariedade e da descentralização, articuladas às agências governamentais, a setores do mercado e da sociedade civil. Determinou-se que o importante seriam as estratégias da “nova gestão social”, ancorados no caráter das parcerias e no “valor social da solidariedade”.

Nesse programa, estava posto que o Estado não deveria implementar diretamente as políticas sociais, cabendo à sociedade, considerando as famílias, as comunidades, as associações voluntárias e à iniciativa privada empresarial, ponderável parcela de participação no processo de provisão social. Yazbeck (1995) descreve o crescimento da presença de

organizações privadas na construção de uma esfera de interesse público, não estatal, destacando as organizações sem fins lucrativos, não-governamentais. Ao descrever o setor, relata a existência de um conjunto extremamente diversificado de instituições, desde as tradicionais entidades filantrópicas e assistenciais (religiosas ou laicas), até as modernas fundações empresariais.

Considerando esses aspectos, reforça-se a afirmativa de Maranhão (2011) de que, por meio da reorganização do papel do Estado, da reconfiguração das políticas sociais e do deslocamento da posição dos empresários, as práticas de responsabilidade social empresarial se constituíram como um dos eixos de uma nova experiência social na política brasileira. Nesse processo, a racionalidade gerencial extrapolou o âmbito da política estatal e, por meio das intervenções do setor da filantropia e da ação empresarial de responsabilidade social, foi se fortalecendo a figura do “empresário-cidadão” e de práticas de investimento social privado.

A autora indica que, embora a intervenção privada no âmbito social seja tão antiga quanto a própria configuração da questão social, nesse momento histórico a noção da pobreza como construção política foi deslocada para o terreno da administração, de modo a ser gerida pelas práticas filantrópicas gerenciais. Assim, a filantropia tradicional, na forma de contribuições pontuais, foi sendo cada vez mais substituída por ações norteadas por um plano de ação e um raciocínio de minimização de gastos e maximização de retorno, inseridas organicamente na oferta e nas políticas de intervenção social. As ações focalizadas são permeadas também pela lógica gerencial, cujos resultados devem ser avaliados e monitorados.

Maranhão (2011) afirma, ainda, que se ampliou a ideia de que o empresário tem um papel social a cumprir, o que justificaria seu “engajamento” no combate às desigualdades sociais e à pobreza. No entanto, esse combate se configura cada vez mais por meio da implementação de projetos sociais gerenciados por organizações privadas, cabendo-lhe, como “missão”, para além da ação focalizada, a disseminação da consciência empresarial como instrumento de mudanças no ambiente interno das empresas e na sociedade. Assim, a autora caracteriza o novo engajamento empresarial numa redefinição da velha filantropia, ampliando-se as fronteiras do mundo empresarial para os programas sociais, instrumentalizando os procedimentos de gestão mercantil no interior dos mesmos.

Numa perspectiva semelhante, Catini (2021), ao estudar o setor da educação vinculado à Fundação Itaú, indica que o discurso do empresariado, ao apresentar o seu lado “social”, não difere muito do Estado, quando anunciou os objetivos da organização social como dedicada a “promover a educação, a cultura, a assistência social, a defesa e a garantia de direitos, bem

como o fortalecimento da sociedade civil” (p. 93). Para além desse claro alinhamento entre o Estado e o empresariado, pode-se identificar que a “fundação sem fins lucrativos” congrega banqueiros e empresários atuantes na educação em toda a América Latina. A autora reforça que nesse processo empresas moldaram os atuais modelos de gestão, seus produtos e serviços também em resposta às lutas que enfrentaram, assumindo um diálogo com as demandas reformista por “responsabilidade social” empresarial.

Assim, observa-se que as políticas de cunho neoliberal se consolidaram no Brasil para além das privatizações, restrição aos gastos sociais e instituição de políticas econômicas ortodoxas, e a constituição de uma reforma do Estado e uma reestruturação institucional-administrativa pautada numa perspectiva de regulação. Levou, também, ao esvaziamento e à apropriação de bandeiras tradicionais dos movimentos sociais pelos interesses de mercado, numa associação peculiar entre princípios éticos, ideias de cidadania e critérios de eficiência e eficácia (MARANHÃO, 2011).

Pode-se dizer que a história brasileira recente demonstrou que, embora o direito universal à saúde tenha sido inscrito na Constituição, o processo real de implementação das políticas não sustentou a possibilidade de ampliar o direito público na esfera estatal. Nesse momento histórico, a aparente autonomia do Estado, considerando a separação entre política e economia, foi diluída. Em um período de crise e de reorganização do capital, a noção de cidadania perdeu sua referência na luta por direitos e deslocou-se para o terreno do “ativismo civil”, protagonizada pelo empresário filantropo.

Outra questão que se faz necessário levantar é que, em se constituindo em derivação necessária das relações concorrenciais entre indivíduos, grupos e classes, a forma estatal é atravessada por essas. Ao haver alterações na mudança da dinâmica da sociedade capitalista, por haver essa permeabilidade do próprio aparato estatal, essas mudanças também se manifestarão necessariamente no âmbito de como se constitui o direito. É necessário, então, analisar o padrão econômico-político-social, que varia em tempos de liberalismo, do intervencionismo do Estado Social, capitalismo de Estado, neoliberalismo, para compreender as diferentes expressões e arranjos institucionais em cada momento histórico.

Esse processo poderia ser apresentado de distintos recortes analíticos. No entanto, será explicitada essa transformação na forma-jurídica e na forma-estatal, por meio da caracterização e da análise do setor filantrópico junto à saúde e, mais particularmente, no capítulo 4, de parte do setor filantrópico na área da saúde junto ao PROADI-SUS.

2. ASPECTOS DA REGULAMENTAÇÃO INSTITUCIONAL DO SETOR FILANTRÓPICO NOS ANOS 1990

Ao se fazer o levantamento da regulamentação institucional do setor filantrópico nos anos 1990, constata-se que a reconfiguração do setor se constituiu com apoio do Estado em diversos momentos e de várias formas, com grandes subsídios fiscais. Segundo referência institucional, a Receita Federal adota o seguinte conceito de gasto tributário:

Gastos tributários são gastos indiretos do governo realizados por intermédio do sistema tributário, visando a atender objetivos econômicos e sociais e constituem-se em uma exceção ao Sistema Tributário de Referência, reduzindo a arrecadação potencial e, conseqüentemente, aumentando a disponibilidade econômica do contribuinte (BRASIL, 2020b).

Dessa maneira, o governo cede desoneração de receitas tributárias para estimular determinadas áreas que avalia enquanto essenciais. Indica-se, ainda, que cabe aplicar isenção fiscal quando o governo não atende adequadamente a população quanto aos serviços de sua responsabilidade, ou têm caráter incentivador, quando o governo tem a intenção de desenvolver determinado setor ou região (BRASIL, 2020b).

Segundo Couri (2021) o Estado assume um papel central para sustentação desse modelo de acumulação capitalista por intermédio do fundo público¹² e financiamento de investimentos por meio dos gastos tributários. Uma série de políticas sociais acabam se dando por meio da desoneração tributária e dos incentivos fiscais. Assim, cria-se, em simultâneo, condições de legitimidade social, além de incentivo à acumulação capitalista.

Salvador (2012) refere que no capitalismo contemporâneo o fundo público viabiliza a reprodução do capital e o estudo do orçamento deve ser considerado como um elemento importante para compreender a política social, pois para além de um aspecto técnico, reflete a correlação de forças sociais e os interesses envolvidos na apropriação dos recursos estatais. Dessa forma, ao olhar o processo de isenção fiscal, busca-se analisar de maneira concreta os processos de transformação da forma-estatal apresentada no capítulo 1.

Observa-se um contraditório processo que, apesar de as políticas públicas serem incentivadas pelo Estado, por meio das empresas privadas e do setor filantrópico, os gastos

---

¹² Segundo Salvador (2015), o fundo público envolveria “[...] toda a capacidade de mobilização de recursos que o Estado tem para intervir na economia, seja por meio das empresas públicas ou 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, sendo o resultado, portanto, da tributação das diversas formas de renda da economia: salário, lucro, juro e renda da terra” (SALVADOR, 2015, p. 9).

tributários incidem diretamente na retirada de recursos públicos para provisão de políticas sociais pelo governo, no momento em que se deixa de arrecadar recursos para conceder as desonerações tributárias ao setor privado (SALVADOR, 2015).

Ao analisar o incentivo de Demonstrativo da Renúncia Fiscal para o exercício financeiro de 1994 a 2000, percebe-se haver uma ampliação real nos gastos tributários (Tabela 1).

Tabela 1 - Dados dos gastos tributários e gastos tributários vinculados ao setor filantrópico no período de 1994 a 2000, considerando a variação percentual anual

Ano	Total de gasto tributário		Total de gasto vinculado ao setor filantrópico	
	Valor em R\$	variação percentual anual	Valor em R\$	variação percentual anual
1994	35.464.542,79		nd*	
1995	1.781.484.042,94	98%	3.049.657,98	100%
1996	5.757.131.883,95	69%	5.341.115,74	43%
1997	4.483.760.630,69	-28%	nd*	-100%
1998	5.125.030.793,14	13%	6.986.017,35	100%
1999	5.017.931.309,58	-2%	7.277.569,38	4%
2000	18.043.231.467,00	72%	9.513.399,07	24%

Fonte: Receita Federal (2021). Elaboração própria.

Dados em Reais, deflacionado a partir do IPCA dez/2017. *não disponível.

Constatam-se gastos tributários referentes às instituições filantrópicas a partir de 1995, com ampliação dos gastos nos anos subsequentes, com exceção do ano de 1997, onde não foi especificado nenhum gasto tributário vinculado ao setor de filantropia. Vale destacar significativo aumento dos gastos tributários vinculados com a filantropia de 1995 a 1996, em 43%, e posteriormente de 1999 a 2000, em 24%. Apesar disso, a variação percentual anual foi menor referente aos gastos vinculados com filantropia, quando comparados com a variação percentual anual dos gastos tributários de maneira geral (69% e 72%, respectivamente).

O levantamento apresentado diz respeito aos gastos tributários ao setor filantrópico de maneira geral, dado que nos demonstrativos financeiros desse período não são especificados os diferentes setores estatais, como as funções de educação, saúde, cultura, entre outros. De qualquer forma, esses dados explicitam como se deu um aumento do recurso ao setor a partir de meados dos anos 1990.

Salvador (2015) afirma que as medidas de desonerações tributárias adotadas para combater a crise, contraditoriamente afetaram o financiamento do orçamento da seguridade social, enfraquecendo, com isso, as fontes tributárias das políticas de previdência social, saúde e assistência social. Cabe afirmar que, com menor caráter incentivador das políticas, esses

gastos acabam por se caracterizar principalmente por subsidiadores de certos setores da economia e do capital privado.

Bahia (2008), ao analisar o fluxo de recursos federais e considerando dados da Medicina Previdenciária (em 1981 e 1987) e do SUS (1997 e 2007), observa uma curva de elevação da destinação dos recursos para os prestadores filantrópicos, intensificada principalmente após a instituição do SUS. Os gastos com esse setor correspondiam a 3,75%, ampliando para 5,05%, em 1987, 21,90%, em 1997, e 31,77%, em 2007. A autora destaca, também, que a partir da década de 1990, houve uma notável ampliação do subcomponente filantrópico e decréscimo do contratado no âmbito do componente privado. Afirma, ainda, que no subconjunto dos serviços privados, percebe-se que a ampliação dos preços das internações das instituições filantrópicas foi maior que a obtida pelos contratados.

A referida autora chega a afirmar que os principais beneficiários das políticas de implementação de um sistema público foram os hospitais filantrópicos e, em certa medida, os hospitais universitários, que se reinseriram na rede com seleção de clientes adequados à oferta de procedimentos mais caros. A modernização e o protagonismo dos hospitais filantrópicos na atenção hospitalar de certas especialidades, segundo ela, os credenciaram a participar tanto dos fóruns de debate sobre o SUS, quanto daqueles dedicados aos planos e seguros privados de saúde (BAHIA, 2008).

Parte da literatura indica que o setor hospitalar filantrópico no Brasil é responsável por grande parte dos leitos existentes no país, constituindo-se em importante prestador de serviços para SUS e para o setor da saúde suplementar (BARBOSA et al., 2000; LIMA et al., 2004; PORTELA et al., 2004). Quando a literatura está apresentando esses dados, refere-se ao setor filantrópico tradicional, considerando a prestação de serviços do setor hospitalar ao SUS.

Lima et al. (2004) afirmam que existe uma relação de interdependência entre o SUS e esse setor hospitalar, o qual apresenta maior complexidade nos perfis assistenciais com uma concentração tecnológica, quanto a equipamentos, instalações e, naturalmente, profissionais especializados. No entanto, a consideração da importância e da penetração do parque hospitalar filantrópico no país, contrapõe-se à fragilidade econômica e gerencial de parte significativa desse setor, ameaçando a sua sobrevivência.

Como destacado, tanto na Constituição de 1988 como na Lei n.º 8.080/1990, define-se a complementaridade dos serviços privados, dando-se prioridade no âmbito do SUS aos serviços filantrópicos, privilegiando-se esses aos do setor hospitalar privado lucrativo no atendimento à saúde pública.

O Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área de Saúde (CEBAS) é concedido pelo Ministério da Saúde a pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, reconhecidas como Entidade Beneficente de Assistência Social para a prestação de serviços na área. Essa certificação possibilita, entre outras coisas, a isenção das contribuições sociais e a celebração de convênios com o poder público. Essa regulamentação foi instituída em 1991, por meio da Lei n.º 8.212/91 (BRASIL, 2019).

Após a definição constitucional, a principal lei que regulamentava o setor filantrópico em todas as suas áreas era a de n.º 8.742/1993 (BRASIL, 1993a), a Lei Orgânica da Assistência Social (Loas/93). Ficou instituído o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), o qual teria a responsabilidade pelo registro e concessão dos certificados de filantropia, estando sua fiscalização a cargo dos conselhos estaduais e municipais de assistência social.

Nesse mesmo ano, foi publicado o Decreto n.º 752 (BRASIL, 1993b), referente às normas para regulamentar o setor hospitalar filantrópico. Estabeleceu-se que a entidade beneficente deveria aplicar integralmente, no território nacional, suas rendas, recursos e eventual resultado operacional na manutenção e no desenvolvimento dos objetivos institucionais, além de não constituir patrimônio de indivíduo(s) ou de sociedade sem caráter beneficente. Ficou definido, também, que o Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos somente seria fornecido à entidade cuja prestação de serviços gratuitos fosse atividade permanente e sem discriminação de qualquer natureza, e que corresponderia aos serviços cujo percentual da oferta de atendimentos ao SUS fossem iguais ou superiores a 60% do total disponível no respectivo hospital. Sendo assim caracterizada, a entidade era dispensada da aplicação de 20% de sua receita bruta em gratuidade para a obtenção do certificado de filantropia. Gerschman et al. (2003) destacam que as condições de operação do setor estavam formalizadas na lei de modo bastante flexível e que o Estado assegurava um importante subsídio, por isenção fiscal ao setor.

Ainda, referente à legislação para Entidades Sem Fins Lucrativos, destaca-se a Lei n.º 9.532, de 10 de dezembro de 1997, que altera a legislação tributária federal. Nessa lei, no artigo 12º, indica-se que ficam isentas as instituições: de educação ou de assistência social que prestem os serviços para os quais houver sido instituída e os coloque à disposição da população em geral, em caráter complementar às atividades do Estado, sem fins lucrativos (BRASIL, 1997).

A partir de 1998, a concessão do certificado passou a ser regulamentada pelo Decreto n.º 2.536/98 (BRASIL, 1998), que substituiu o Decreto n.º 752/93. Estabeleceu-se que a

entidade beneficente de assistência social corresponderia à pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, que atue no sentido de: I — proteger a família, a maternidade, a infância, a adolescência e a velhice; II — amparar crianças e adolescentes carentes; III — promover ações de prevenção, habilitação e reabilitação de pessoas portadoras de deficiências; IV — promover, gratuitamente, assistência educacional ou de saúde; V — promover a integração ao mercado de trabalho. No decreto, a condição de filantropia se mantém associada à observância de atendimentos ao SUS em volumes de internação iguais ou superiores a 60% do total de sua capacidade instalada. No entanto, acrescenta-se a exigência da comprovação anual dos atendimentos. Esse decreto representa também a primeira vez que entidades de fins filantrópicos tiveram a possibilidade de isenções fiscais por projetos voltados ao SUS.

Gerschman et al. (2003) afirmam que, ao se exigir comprovação dos mesmos, elevam-se sobremaneira as exigências requeridas para a obtenção da condição de filantropia em relação ao Decreto n.º 752/93. Relatam que nesse período várias entidades perderam o certificado, quando do período da renovação, por não corresponderem ao disposto no decreto em atendimentos ao SUS, ainda que o CNAS, por norma interna, tenha passado a considerar 60% do total dos atendimentos, aí incluídos exames, e não apenas 60% das internações. Frente a esse cenário, instituiu-se o Decreto n.º 4.327/2002, de agosto de 2002, o qual tornou a flexibilizar a legislação ao modificar as condições para a concessão do certificado dispostas no Decreto n.º 2.536/98, que será discutido no Capítulo 3 desta tese.

Mas o destaque que deve ser feito é que é a partir de 1998 houve uma ampliação da forma de filantropia na área da saúde, tornando possível a realização de projetos voltados ao SUS, associando ao setor arranjos outros que não a filantropia tradicional de oferta de prestação de serviços.

Todo esse contexto de regulamentação do setor filantrópico se deu simultaneamente à instituição da reforma administrativa. Apesar de não ter uma relação clara entre esses dois setores, parecem estar articulados por meio do contexto social, político e econômico. No contexto de plena ascensão das teses de desregulamentação e diminuição da intervenção estatal nas atividades econômicas, há o processo de questionamentos à saúde universal ofertada por meio do Estado, havendo ainda uma ampliação do mercado de seguros e planos privados de saúde, encarados como inevitáveis e benéficas ao mercado, além da regulamentação do setor filantrópico e criação das instituições não-estatais, movimentos esses influenciados por organismos internacionais como BM e do BID, como já indicado na seção 1 deste capítulo.

Para além do subsídio estatal por meio dos gastos tributários e isenção fiscal, o suporte financeiro também se deu por programas voltados ao setor, como o programa Reforço à Reorganização do SUS (ReforSUS), em 1996; o programa Caixa Hospitais, em 1998; e Programa de Fortalecimento e Modernização das Entidades Filantrópicas de Saúde Integrantes do Sistema Único de Saúde (ProSUS) 1, em 1998. É importante fazer esse destaque, pois fica explícito a relação de interdependência do setor filantrópico a recursos externos e intrínseca relação do setor e dos grandes investimentos do Ministério da Saúde e de organismos internacionais para a estruturação da rede de serviços dos prestadores do SUS.

O programa ReforSUS se constituiu por um acordo de empréstimo celebrado entre o governo brasileiro, o BID e o BM. Leal e Morgado (2008) reforçam que esse programa tratava de investimentos não apenas na recuperação da rede física de saúde do país que presta serviços ao SUS mediante a compra de equipamentos médico-hospitalares e unidades móveis, como também em investimentos para a melhoria da gestão do sistema de saúde nacional.

Como indicado, outro programa governamental para os hospitais filantrópicos, criado em 1998, foi o Caixa Hospitais, que se constituiu em ofertar uma linha de crédito destinada às Santas Casas e aos hospitais privados filantrópicos, que recebem recursos do SUS pelos serviços ambulatoriais e de internações hospitalares prestados gratuitamente à população. Bahia (2008) indica que esse programa estimulou a formação de um circuito mais amplo, onde os setores público e privado confluem para o sistema financeiro. O programa foi baseado na fórmula de utilizar o futuro faturamento dos hospitais a serem apresentados ao Ministério da Saúde como garantia, havendo fortalecimento do setor filantrópico enquanto impulsionou a carteira de créditos a pessoas jurídicas dos bancos, a um risco praticamente zero, afiançado pelas secretarias de saúde e lastreado nos recursos pelo Ministério da Saúde.

O ProSUS 1 foi implementado por meio do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) e o Ministério da Saúde. Esse foi instituído com base no Protocolo de Atuação Conjunta 01/98 e se estendeu na década seguinte. O programa tinha como maior objetivo a recuperação operacional e financeira dessas instituições, estimulando também sua modernização gerencial, considerando o seu importante papel na universalização do cuidado à saúde da população (GERSCHMAN et al., 2003; LEAL; MORGADO, 2008).

Após a finalização do ProSUS 1, foi elaborado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) um relatório de avaliação dos resultados da ação do BNDES no setor dos hospitais filantrópicos, com destaque às seguintes questões:

Das instituições visitadas, aquelas que vêm apresentando melhores resultados são justamente as que montaram estruturas de gestão modeladas conforme as necessidades descritas. Na prática, dos Hospitais visitados a maior parte deles tomou recursos para alongar o perfil de suas dívidas, pagar fornecedores e encargos trabalhistas e recompor capital de giro. Em menor grau foram buscados recursos para ampliações e construções, sendo concedidos em alguns casos. No aspecto da eficiência organizacional, foi identificada pela pesquisa uma carência do programa de fortalecimento. Pequenas organizações, incapazes de efetuar e/ou compreender análises mercadológicas, de apropriar critérios de competitividade e incorporar estas ferramentas ao seu processo de tomada de decisão, são justamente as que mais necessitam do apoio desse ponto de financiamento. Entretanto, como desconhecem os seus benefícios e têm pressões financeiras urgentes e facilmente reconhecíveis colocam todas as suas necessidades nos itens de resolução ou reformulação de débitos e afins (LEAL; MORGADO, 2008 p. 45).

Com esse contexto de grande subsídio estatal e avaliação dos programas desenvolvidos, fica explícita a contradição com o discurso da Reforma do Estado, da maior eficácia e eficiência dos serviços públicos não estatais. Ao ser constatado que a maior parte dos hospitais filantrópicos tomou recursos para alongar o perfil de suas dívidas, pagar fornecedores e encargos trabalhistas e recompor capital de giro, mostra-se que o setor não garante a sustentabilidade tão aludida pelos então implementadores da reforma. Contrasta-se, assim, após alguns anos do processo de “publicização”, marcado pelo estabelecimento de descentralização da administração pública em certas áreas, como a da saúde, que as promessas de “fazer com que o Estado funcione melhor” após a mudança de procedimentos e da estrutura organizacional ainda estava por ser concretizada.

Essas regulamentações e instituições de programas explicitam que no início do segundo mandato do FHC houve um grande subsídio e valorização do setor filantrópico. Por meio dos vários decretos implementados, destaca-se a necessidade de recursos para alongar o perfil de suas dívidas, pagar fornecedores e encargos trabalhistas e recompor capital de giro, como se explicita a interdependência do setor filantrópico e a apropriação do fundo público por essas instituições. Todo o arranjo institucional reforça a lógica de estabelecer um “pacto de modernização” com mudanças na administração pública com novas propostas gerenciais, processo esse intrinsecamente articulado à liberalização comercial em curso, como discutido na seção 1.

Para além de uma reforma para uma administração “gerencial”, fica explícito que o setor “público não-estatal”, inclusive instituições filantrópicas, passaram a receber grande investimento em consonância à política que estava em vigor nos anos 1990.

Enfatiza-se, a partir dessa caracterização, que há clara relação e interdependência entre o Estado e as formas de aliança com o mercado, próprios da relação orgânica entre o Capital e o Estado, conforme discutido no Capítulo 1. Feita essa caracterização, passa-se a analisar a conjuntura político e econômica dos anos 2000, quando as políticas e as reformas gerenciais levaram ao fortalecimento da conversão da filantropia-mercantil, inclusive no setor da saúde, contexto esse em que o PROADI-SUS foi constituído.

CAPÍTULO 3 — CONTEXTO POLÍTICO E ECONÔMICO DA CONSTITUIÇÃO DO PROADI-SUS: OS GOVERNOS DOS ANOS 2000

No início da década, em 2002, o Partido dos Trabalhadores (PT) ganhou a eleição presidencial e se manteve na gestão federal nos próximos quatro mandatos consecutivos, sendo o último encerrado antes da sua conclusão, com o *impeachment* da presidente Dilma Rousseff. De antemão, pode-se destacar dois aspectos: primeiramente, uma modificação em alguns âmbitos no curso das políticas que estavam sendo instituídas na última década, visto que um grupo político de oposição aos mandatos anteriores assumiu a gestão; ao mesmo tempo ocorreu certa continuidade nas políticas implementadas, referente a aspectos macroeconômicos e às contrarreformas em curso.

Apesar de haver uma perspectiva de oposição e discurso contra as políticas neoliberais que vinham sendo instituídas, há certo consenso na literatura de que lideranças do PT passaram a defender a necessidade de o partido rever suas posições críticas presentes na fundação do partido e formular uma nova estratégia, visando uma perspectiva de conciliação e continuidade para concorrer ao processo eleitoral em 2002. Ao analisarem os governos desse período, como é demonstrado mais detalhadamente neste capítulo, autores indicam, de maneira geral, que houve uma apassivação das lutas sociais nesse período, articulada a uma valorização do mercado interno e do consumo de massa (ARCARY, 2014a; IASI, 2006; IASI; FIGUEIREDO; NEVES, 2019; SAMPAIO JÚNIOR, 2017a; SINGER, 2012).

Isso representou uma transformação nas lutas sociais, com a expressão em, pelo menos, duas outras vias: a da participação política em espaços estatais e a institucionalização de vários núcleos de lutas sociais em conselhos, conferências e espaços de controle social institucionalizados; como em projetos empresariais ou do terceiro setor. Observou-se a ampliação do setor de ONGs, entidades filantrópicas e coletivos sociais, em geral, os quais vivem do financiamento privado, de editais públicos, ou do cruzamento de ambos (BRITO, 2019; DANTAS, 2019).

Rizek (2013), referindo-se a experiências na periferia de São Paulo, constata que tal processo acaba por configurar uma prática inédita da gestão terceirizada, articulando setores da cultura e da saúde. A autora indica que o processo mercantil-filantrópico, que foi se constituindo ao longo dos anos 1990 em outros setores, como, por exemplo, a Assistência Social (FONTES, 2006), avançou nos anos 2000, se estabelecendo de maneira mais clara no setor da saúde.

Catini (2020) destaca que essa análise deve perpassar para além da produção teórica já consolidada, que considera o interesse privado nas políticas sociais, com a captura de recursos estatais e a ampliação de mercados. A autora indica que a conquista da hegemonia do setor privado e do empresariado não passa só pelas altas esferas, nem pela perspectiva do fundo público e financiamento das políticas, mas se deve, também, à capilaridade que os institutos privados conquistaram, com alto grau de integração entre entidades filantrópicas e o Estado.

Assim, segundo Catini (2020), nesse último período, observa-se uma inserção indiferenciada do empresariado em diversos projetos de governo. A autora considera que o empresariado tem dominado não apenas o campo da produção, mas também o da reprodução social, ao reorganizar os direitos sociais e transformar a questão social numa questão empresarial com domínio do trabalho social pelas organizações sem fins lucrativos.

Portanto, para além dos mecanismos de transferência de gestão da saúde do Estado para Organizações Sociais e entidades “públicas não-estatais”, instituída a partir da contrarreforma do Estado e amplamente constituída no setor da saúde, observa-se que a filantropia empresarial com desenvolvimento de projetos avança no setor, aspecto esse onde o PROADI-SUS tem grande destaque nesse processo.

Este capítulo tem por objetivo sistematizar a conjuntura política e econômica em que foi constituído o PROADI-SUS. Para tanto, foi organizada uma apresentação dos governos instituídos nos anos 2000. Como no Capítulo 2, busca-se elencar alguns elementos para caracterizar o contexto político e econômico que subsidiaram a implementação do programa aqui analisado, mas não se tem a pretensão de fazer uma detalhada análise desses governos, visto que isso fugiria do escopo e objetivo dessa tese.

A primeira seção, intitulada “Governos dos Anos 2000: o avanço da filantropia-mercantil e da intervenção do empresariado nas políticas sociais” apresenta uma caracterização geral dos governos na primeira década do século XXI e da articulação do empresariado intervindo na implementação dos direitos sociais. O PROADI-SUS foi considerado, a partir da análise, expressão particular da política implementada nestes governos, para além do processo que já vinha sendo instituído nas contrarreformas gerenciais de maneira mais ampla. A segunda seção, intitulada “O Setor Filantrópico na Área da Saúde a Partir dos Anos 2000” aborda aspectos gerais da regulamentação e dos investimentos realizados nos gastos tributários na função saúde e como esse arranjo foi sendo instituído no setor.

1. GOVERNOS DOS ANOS 2000: O AVANÇO DA FILANTROPIA-MERCANTIL NO SETOR SAÚDE

Para caracterizar de maneira geral os anos 2000, Boschetti (2012) indica haver uma tendência mundial de aumento da terceirização, da informalidade de trabalho e da prestação de serviços, com frágil regulação econômica e social pelo Estado. A autora descreve que se constata uma destruição dos postos de trabalho, com a constituição de menos emprego na indústria e na agricultura, ao lado da manutenção ou leve crescimento no setor de serviços. Dessa maneira, num cenário mundial desfavorável à acumulação do capital, quando comparado com o período anterior, acaba por prevalecer um amplo reformismo e intensificação de contrarreformas, marcado pela justificativa de não enfrentamento das desigualdades sociais e da garantia de uma política de mediação, respeitando a forma de reprodução social posta (IASI; FIGUEIREDO; NEVES, 2019).

Como indicado na introdução deste capítulo, há certo consenso de que lideranças do PT passaram a defender a necessidade de o partido de rever suas posições críticas explicitadas no momento de fundação do partido, com uma inflexão na tática, visando uma perspectiva de conciliação para concorrer ao processo eleitoral, em 2002 (ARCARY, 2014a; IASI, 2006; IASI; FIGUEIREDO; NEVES, 2019; SAMPAIO JÚNIOR, 2017a; SINGER, 2012). Essa inflexão pode ser sintetizada pela publicação da “Carta ao Povo brasileiro” (SILVA, 2002), a qual buscou consolidar o programa da Coligação Lula Presidente. Em diálogo com essa perspectiva, setores da Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (Fiesp), da Bolsa de Valores de São Paulo (Bovespa) e da Federação Brasileira de Bancos (Febraban), e um grupo composto por mais de 100 empresários, assinaram um “Manifesto de apoio a Lula” a época¹³.

Na “Carta ao Povo brasileiro”, anunciou-se que “[...] o Brasil não deve prescindir das empresas, da tecnologia e do capital estrangeiro”, pontuando que seria preservado o excedente primário o quanto necessário. Ficou explícito que, apesar de oposição ao governo anterior e de se caracterizar como de cunho popular, não haveria ruptura do PT com os contratos nem revogação das regras estabelecidas, sinalizada a possibilidade de continuidade da política econômica ortodoxa instituída desde os anos 1990. Nesse processo, Lula reafirmou seu compromisso com a responsabilidade fiscal, a estabilidade das contas públicas e sólidos

---

¹³ “Do nosso ponto de vista, o atual modelo econômico, apesar do relativo sucesso do controle da inflação, apresenta índices de crescimento insuficientes, não atende as necessidades sociais e prática uma política de juros altos que inviabiliza os investimentos produtivos [...]. Queremos tornar pública nossa adesão à candidatura de Lula à presidência da República e nosso desejo de participar do amplo Pacto Social proposto por ele. Entendemos que Lula é a única alternativa capaz de implementar um programa de governo voltado ao crescimento econômico com geração de empregos, redução das desigualdades, fortalecimento do mercado interno e de apoio às empresas nacionais”. Acessado em 20/01/2021 (FOLHA ON-LINE, 2002).

fundamentos macroeconômicos. Sampaio Júnior (2017) refere que seja por meio da carta, seja no início de seu governo, indicou-se de diferentes formas a observância dos compromissos assumidos por FHC.

Lage (2019) indica que uma coligação mais heterogênea exige um programa flexível e que, dessa forma, algumas das chamadas bandeiras históricas do partido que assumia a presidência ficaram sem contexto. Segundo o autor, a carta em questão teve seu mérito artístico, ao juntar agronegócio e reforma agrária como duas bandeiras que correm paralelas.

São várias as buscas de compreensão da inflexão da linha política do Partido dos Trabalhadores¹⁴. Iasi (2006) afirma que o produto desse processo não pode ser fruto apenas da ação dos indivíduos, nem mera reprodução da ordem prévia, mas uma síntese entre essas esferas. Esse autor busca apreender como um partido que em sua origem vislumbrava realizar um governo democrático popular¹⁵, que previa implementar reformas estruturais, ao chegar ao poder do executivo do governo federal, mas, na prática, manteve aquilo essencial na constituição de um modelo econômico neoliberal.

Lage (2019) refere que o PT, embora constituísse em sua perspectiva inicial referências socialistas, fez o caminho rumo à socialdemocracia, caracterizada pela defesa da constituição democrática burguesa, com o abandono da perspectiva revolucionária. Segundo o autor, o partido caminhou rumo à passivação das lutas sociais, com uma política de conciliação que atendia à manutenção da ordem, além da redução do partido ao partido eleitoral profissional.

---

¹⁴ Sobre o histórico e constituição da estratégia política do Partido dos Trabalhadores, são destacadas as referências “As Metamorfoses da Consciência de Classe: o PT entre a Negação e o Consentimento” de Mauro Iasi (IASI, 2006); e “Notas para uma interpretação histórica da trajetória do PT” de Valério Arcary (ARCARY, 2014b).

¹⁵ Em sua constituição, o PT faz uma crítica à Estratégia Democrático Nacional (EDN), defendida à época pelo Partido Comunista Brasileiro (PCB), que previa que deveria haver um crescimento do capitalista para ser desenvolvido um “capitalismo autônomo”, que interessaria tanto à burguesia “nacional” como ao proletariado no Brasil. Esse desenvolvimento da nação levaria ao crescimento do proletariado, que diante das contradições do sistema, se colocaria em luta por seus objetivos históricos socialistas. Previa-se uma coligação de classe e a possibilidade de avanço rumo ao socialismo por uma perspectiva etapista do desenvolvimento do país e do processo de transformação social. O PT, à época, fazia uma crítica a essa leitura, constituindo a Estratégia Democrático Popular (EDP) que tinha como leitura que a formação social brasileira, no que toca às relações de trabalho, já era capitalista, mas o Estado que se erguia sobre essas relações era marcado por um atraso, quando comparado a outras formações desse tipo. A partir de uma ausência de condições históricas para o desencadeamento de uma ruptura revolucionária socialista com a ordem burguesa direta, seria necessário construir um processo de acúmulo de forças, por meio de amplos movimentos de massas que pressionassem a estrutura social por uma radicalização democrática, reivindicando reformas que ampliassem os direitos políticos e sociais da grande maioria da população, articulados a uma frente eleitoral-institucional que conseguisse viabilizar a ocupação de posições no interior do Estado. Sobre a constituição da Estratégia Democrático-Popular, ler “As Metamorfoses da Consciência de Classe: o PT entre a Negação e o Consentimento” de Mauro Iasi (IASI, 2006) e “Estratégia Democrático Popular: um inventário crítico” organizado por Mauro Iasi, Isabel Figueredo e Victor Neves (IASI; FIGUEIREDO; NEVES, 2019).

Por mais que não tenha se realizado nos mesmos moldes dos países europeus do início do século XX, Lage indica que a ambiguidade de assumir uma gestão no executivo significava, ao mesmo tempo, a legitimação da ordem (entrar no jogo democrático representava assumir os pressupostos constitucionais que o ergueram com esvaziamento dos espaços de confronto direto dos trabalhadores) como, do ponto de vista imediato, poderia garantir conquistas pontuais, melhorias nas condições de vida dos trabalhadores. Segundo o autor, o manifesto de fundação do PT se encaixa exatamente nessa ambiguidade: entrar nos espaços legítimos, na ordem, para ir contra ela.

Referenciando-se em Przeworski, Lage (2019) retoma seis consequências na escolha da disputa eleitoral pela socialdemocracia no início do século, fazendo analogia de um processo equivalente nos governos dos anos 2000. O autor relaciona: 1) deslocamento de forças para o processo eleitoral; 2) troca do ator “classe trabalhadora” pelo ator “cidadão”, e a consequente responsabilidade, que o próprio partido assume, de educar seus filiados e sua base de influência para as atividades democráticas, pacíficas e constitucionais; 3) deslocamento das tensões, das relações de produção para o parlamento; 4) porque as eleições exigem esforços monumentais, é necessária uma profissionalização de parte significativa do partido, nos gabinetes e comitês de campanha; 5) incorporação da democracia representativa — caracteristicamente burguesa — como um valor universal, que transcende os diferentes meios de produção, e deve ser defendida primeiro; e 6) ao se garantir compromissos do partido com os direitos constitucionais e o governo executivo, combinados à defesa incondicional da democracia, nas crises, o que surgiu foi a defesa da constituição, a expectativa de garantia dos direitos da carta magna.

Iasi (2006), entretanto, afirma que apesar de certa semelhança com uma leitura da socialdemocracia europeia, o partido acabou por se diferenciar também dessa perspectiva, ao afirmar, no Congresso Nacional de 2001, que o novo modelo de desenvolvimento econômico estaria subordinado aos objetivos e às prioridades macrossociais. Afirma que a socialdemocracia europeia conseguiu impor uma carga tributária e pactuou uma convivência com a burguesia capaz de alcançar certos objetivos de seu programa, ainda que reformistas. No entanto, o PT chegou concedendo vantagens à burguesia, antes mesmo de assumir a presidência, selando compromisso e incorporando em ministérios e em seu governo ministros empresários e representantes do grande capital. Constituiu-se um projeto o qual pretendia-se pairar na “neutralidade edificante da nação”, como refere o autor, que oscilou entre a defesa da ordem do capital e a defesa do povo, entre o consentimento e a negação da ordem social posta.

Iasi destaca que, nos anos 2000, constituiu-se um projeto de mediação de “parte” da sociedade que interagiu com a outra “parte” na busca de entendimento comum. Entende como reflexo de um processo de constituição de um partido que quando amadurecia seu projeto político, a classe da qual ela partiu estava sofrendo intensa derrota pela ação do capital em sua reestruturação produtiva, além de uma conjuntura em que ocorreram derrotas nas eleições presidenciais nos anos 1980 e 1990, lidas como entraves que exigiam mudanças mais profundas na perspectiva partidária. Esses aspectos ficam claros em entrevista com o Presidente Lula, que em balanço de 10 anos de governo, afirmou que:

Existia um processo de desconfiança muito grande, mas eu sabia que, para que o governo desse certo, eu precisava conquistar a confiança dos trabalhadores, mas também conquistar a confiança dos outros segmentos da sociedade. Isso exigia muita conversa, muito diálogo. E foi isso que nós fizemos (SILVA, 2013, p. 13). [...] eles nunca ganharam tanto dinheiro na vida como ganharam no meu governo. Nem as emissoras de televisão, que estavam quase todas quebradas; os jornais, quase todos quebrados quando assumi o governo. As empresas e os bancos também nunca ganharam tanto, mas os trabalhadores também ganharam. Agora, obviamente que eu tenho clareza que o trabalhador só pode ganhar se a empresa for bem (SILVA, 2013, p. 16).

Elementos da mediação que o governo mantinha entre as demandas do capital com enfrentamento da desigualdade social, através de um processo de conciliação de classe, ficou explicitado tanto antes do processo eleitoral de 2002 como indicado na introdução do capítulo, como durante o mandato e em balanço da própria gestão.

Arcary (2014a) indica que Lula chegou ao governo não como catalisador das grandes mobilizações de massa, mas como mediador, com uma conjuntura favorável pelo aumento da demanda mundial de *commodities* e elevação do consumo interno, possibilitando a redução do desemprego a taxas menores que a metade daquelas que estavam estabelecidas nos anos 1990.

Nesse contexto, alguns autores indicam que se operou, no então governo, um reencontro com as políticas desenvolvimentistas, denominadas por intelectuais da base governista como “neodesenvolvimentismo” ou “novo desenvolvimentismo” (BOITO JÚNIOR.; BERRINGER, 2013; MATTEI, 2011). Percebe-se a retomada do crescimento econômico, uma ampliação da circulação no mercado interno e um aumento de renda *per capita*. A perspectiva do “neodesenvolvimentismo” referia-se ao crescimento do país baseado na exportação, articulado ao fortalecimento do mercado interno, com intermediação do Estado de modo a criar oportunidades de investimentos e reduzir as desigualdades econômicas (GONÇALVES, 2012a). Garcia (2013) chega a afirmar, inclusive, que o governo instituiu uma política externa

de “vocação universalista”, constituindo alianças com países europeus, latino-americanos e do Oriente Médio.

Gonçalves (2012b) afirma, também, que essa política de redução da desigualdade e combate à pobreza, com ações de redistribuição de renda e afrouxamento da restrição das contas externas e das políticas públicas que se deu no Brasil e nos países da América Latina nesse período se constituiu muito em função da governabilidade. Segundo o autor, foram instituídos gastos públicos sociais focalizados, transferências e benefícios específicos, sem constituir um processo de mudança estrutural na trajetória de redução da desigualdade de renda.

Sampaio Júnior (2012) faz uma crítica à leitura “neodesenvolvimentista”, visto que, a partir de sua análise, não houve um real avanço das forças produtivas e integração nacional, pelo contrário. Segundo o autor, nesse processo houve um avanço da subordinação da vida econômica nacional à lógica ultra especulativa do capital internacional, além de uma perspectiva ainda menor de se estabelecer o desenvolvimento capitalista autodeterminado. A continuidade da política instituída nos anos 1990 também foi expressa nessa esfera, reafirmando o que o autor indica como dependência econômica, subdesenvolvimento e manutenção do movimento de reversão neocolonial¹⁶ (SAMPAIO JÚNIOR, 2011, 2017a).

Outro traço marcante para caracterização do governo nesse período foi o processo de alianças e uma supervalorização da democracia nos espaços institucionais. Para caracterizar essa questão, inicialmente são relacionadas as palavras do então presidente:

O governo tem que entender o exercício da democracia e a convivência na diversidade. Eu dizia que democracia não é um pacto de silêncio. Democracia é uma sociedade em movimentação por várias coisas, e nós temos que saber lidar com isso. Nós aprendemos a construir as alianças necessárias. Hoje isso está nas cidades, nos estados. Se não for assim, nós não governamos (SILVA, 2013, p. 20).

Dantas (2017) destaca, em sua análise do período em questão, a luta pela democracia, concebida como valor universal. Indica que movimentos sociais do final dos anos 1970, influenciados pelo eurocomunismo e a crítica aos rumos antidemocráticos do socialismo real, acabaram por instituir um processo de fetichização da democracia, com uma absolutização do Estado e um deslocamento das mobilizações para o âmbito institucional e em lutas setoriais pela defesa das políticas sociais. A democracia, segundo ele, se expressaria por meio da

---

¹⁶ Sampaio Júnior (2012) afirma que o movimento de reversão neocolonial vem correlacionar o ajuste às exigências da ordem global, sendo observada, nos territórios dos países de capitalismo dependente, a regressão das forças produtivas, a desnacionalização da economia, a naturalização da desigualdade social, a crise federativa, a desarticulação dos centros internos de decisão e a crise da identidade nacional.

existência legítima dos conflitos, impedindo a ocupação exclusiva do aparelho de Estado por qualquer uma das classes em disputa. A arena política, onde entrariam no debate dos interesses divergentes, acabou tão mistificada como espaço neutro quanto o mercado no capitalismo (DANTAS, 2019).

Considerando o destaque à concepção de supervalorizar a democracia de maneira fetichizada, Figueiredo (2019) refere que a política passou a reafirmar a incorporação da liberdade dos que pensavam diferente, por um pluralismo bem mais afeito a uma defesa liberal-democrática do que à tradição socialista democrática, que se via refletida na década de 1980 nos pressupostos iniciais do partido. Indica que o partido, além de assumir para si a responsabilidade pela realização de tarefas consideradas “incompletas”, incorporou a efetivação da forma democrática de governo e de inserção econômica pela via do mercado.

Como uma expressão dessa fetichização da democracia, ter-se-ia a instituição e ampliação dos espaços participativos de características institucionais. Faria (2010) afirma que, embora não existam dados precisos sobre o número de instituições participativas constituídas entre 2003 e 2006, ganharam destaque nos espaços de gestão os conselhos e as conferências que atuaram nos três níveis da federação e nas diferentes políticas públicas. A autora indica, inclusive, que esses processos de incentivo à criação e à reformulação desses espaços seriam um indicativo da disposição do governo em dialogar com as organizações da sociedade civil e os atores que representavam as diferentes perspectivas.

Ainda nesse sentido, é indicado que a confecção de um método participativo surgiu da intenção do governo Lula de criar um tipo diferente de governabilidade, ampliando, pelo menos formalmente, suas bases de sustentação e legitimidade. Destacou-se, inclusive, a elaboração do Plano Plurianual, mediante consulta a representantes da sociedade civil em fóruns públicos (FARIA, 2010).

Dantas (2019) afirma que, para além de haver uma expectativa destes espaços se constituírem como influência para uma “ação democratizante do aparelho estatal”, esse processo se constituiu como parte da reforma gerencial em andamento. Segundo o autor, para compor “controles administrativos” e a “competição administrada”, os quais levariam a um Estado mais eficiente segundo a lógica posta, essa perspectiva defendia que deveria haver a complementação dos “controles democráticos” que foram e deveriam ser aprofundados.

Outro eixo que vale ser destacado para caracterizar os governos desse período e expressões dessa conciliação de classe acima citada foi referente à expansão do setor financeiro, articulado com os serviços tradicionalmente providos pelo Estado, como saúde, educação e

previdência social. Lavinas e Gentil (2018) indicam que, no setor da saúde, houve crescimento do setor suplementar, além das empresas privadas no ramo da assistência médica e hospitalar, bem como da rede de laboratórios, todos tendo se capitalizado principalmente a partir da segunda metade dos anos 2000, por meio da abertura de capital na bolsa de valores. A isso somou-se, segundo eles, uma onda de aquisições e fusões contínuas, que elevou a concentração no setor e ampliou seu grau de internacionalização¹⁷.

No documento de 2007, intitulado “Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro: fortalecendo a qualidade dos investimentos públicos e da gestão de recursos”, o BM destacou o termo governança ou *accountability*, caracterizado como um mecanismo capaz de captar a responsabilidade dos atores e as consequências que seriam enfrentadas por eles com base em seu desempenho. A lógica gerencial ficou em destaque, com operacionalização da gestão, planejamento, monitoramento e administração dos recursos financeiros, incluindo qualificação por meio das metas alcançadas. Foi reforçada a necessidade de ampliar e profissionalizar a capacidade gerencial, além de serem aplicados mecanismos para fortalecer a responsabilização, como contratos de gestão que induziram os administradores a focarem em objetivos específicos e em resultados mensuráveis (RIZZOTTO; CAMPOS, 2016).

Rizzotto e Campos (2016) destacam, ainda, que o BM atualizou as suas estratégias de ação, deslocando o foco do governo federal para as esferas estaduais e municipais¹⁸. Aqui cabe destacar como sendo mais uma expressão da capilaridade que os institutos privados e os organismos internacionais conquistaram nessa década. Apesar de menos visível, segundo os autores, o Banco não abdicou de oferecer “recomendações” para “reformular” o nosso sistema de saúde, orientadas pelos mesmos pressupostos pró-mercado caracterizados no Capítulo 2 desta tese, e passou a intervir em várias esferas de governo. Esses indicam também que, nas publicações e orientações feitas por esse órgão internacional, o interesse do Banco girava em torno da gestão do Estado, do financiamento e da relação do setor com o mercado.

---

¹⁷ Lavinas e Gentil (2018) indicam que outro exemplo foi pela reforma da previdência do serviço público, que instituiu fundos de pensão no Brasil de regime de repartição simples e passou a incorporar compulsoriamente uma dimensão de capitalização. No setor da educação, os autores referem o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (Fies), podendo ser caracterizado como grande apoio à expansão da oferta na rede privada de ensino. Até 2009, cobrava taxa de juros de 6,5% ao ano, e o empréstimo deveria ser quitado em até duas vezes o tempo de duração do curso. A partir desse ano de 2009, a taxa de juros foi reduzida para 3,4%, foi dispensada a figura do fiador e o período de amortização da dívida passou a ser três vezes o tempo de duração do curso.

¹⁸ Os autores apresentam que entre os anos 2000 e 2015 foram financiados 211 projetos no Brasil, 103 (48,81%) foram com algum estado da federação ou Distrito Federal, 66 (31,27%) foram contratos com o Governo Federal, 24 (11,37%) com fundações privadas e 17 (8,05%) com municípios. Desses, 32 projetos foram ao setor de saúde, os quais apenas nove (28,2%) são do Governo Federal; e os demais (71,87%) estavam vinculados a instâncias subnacionais, majoritariamente estados da federação.

No documento publicado pelo BM em 2013, intitulado “20 anos de Construção do sistema de saúde no Brasil: uma análise do Sistema Único de Saúde”, esse órgão internacional teceu uma crítica ao direito universal e ao acesso integral à saúde, afirmando que o Brasil ousou demasiado ao criar o SUS. Contrapondo-se à lógica do acesso universal, fez-se alusão à cobertura universal, a qual refere-se à garantia de um conjunto limitado de serviços que pode ser oferecido pelo mercado e comprado pelo Estado. A cobertura universal é uma proposta da Organização das Nações Unidas (ONU), expressa na Agenda de Desenvolvimento Pós-2015, que dá sequência aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (GRAGNOLATI; LINDELOW; COUTTOLENC, 2013). Nesse relatório do BM, destaca-se o conceito de governança, definido como:

[...] gerenciamento do relacionamento entre as várias partes envolvidas na saúde, incluindo indivíduos, famílias, comunidades, firmas, níveis de governo, organizações não governamentais, empresas privadas e outras entidades que tenham a responsabilidade de financiar monitorar, prestar e usar serviços de saúde” (GRAGNOLATI; LINDELOW; COUTTOLENC, 2013, p. 4).

Como explicitado nesse excerto, a lógica gerencial e o relacionamento entre os diversos atores para financiar, monitorar, prestar e usar serviços de saúde foi algo reafirmado. Nesse processo aqui denominado avanço da reforma gerencial, atrela-se também o conceito de “empreendedorismo social” e a dissolução da responsabilidade da implementação das políticas para outros setores que não o estatal, inclusive o empresariado. Para além dessa união de diferentes atores e perspectivas, Baggenstoss e Donadone (2013) definem o empreendedorismo social como:

[...] uma ação emergente com capacidade de gerar emancipação social e desenvolvimento humano, tem como principal característica a socialização de fato e verdade, das ideias e ações, gerando uma nova forma de consciência e de postura no enfrentamento das questões sociais” (BAGGENSTOSS; DONADONE, 2013, p. 114).

Fica explícito, aqui, a mudança da forma de intervenção e constituição do direito social nesse processo. Fica claro o processo da hegemonia do empresariado pautando a perspectiva e a intencionalidade de como enfrentar as questões sociais. Por meio do empreendedorismo social, estar-se-ia socializando “ideais e ações”, “fatos e verdades”, gerando uma nova consciência a partir da perspectiva do empresariado. Baggenstoss e Donadone (2013) indicam, também, que a importância dos homens de negócios para a economia é a mesma dos empreendedores sociais para a mudança social, reafirmando o que anteriormente foi indicado

como capilaridade que os institutos privados conquistaram por meio dessa nova forma de implementação das políticas sociais.

Rizzotto e Campos (2016) destacam que essa noção de governança apresenta uma aparente vertente democrática. No entanto, na prática, acaba por subtrair dos governos e do próprio Estado o poder e o dever para definir e garantir as políticas sociais. Segundo esses autores, acaba por desconsiderar os interesses antagônicos em uma sociedade de classes e o poder de pressão que cada grupo exerce sobre os agentes estatais e sobre o uso dos fundos públicos. Reafirma-se, portanto, que no início dos anos 2010, estava em destaque o papel de condutor dos processos de negociação e regulador da oferta de serviços públicos sem, necessariamente, ser o Estado responsável pelos serviços e inclusive pelo seu financiamento integral.

Ao analisar o relatório do BM citado anteriormente, esses autores observam haver também uma defesa da privatização do setor da saúde. Para sustentação dessa proposta, no relatório deu-se ênfase aos municípios de São Paulo e Rio de Janeiro, destacando “o pioneirismo” de contratar organizações privadas sem fins lucrativos (Organizações Sociais) para a gestão de unidades de saúde”. O Banco valorizou também o aumento dos planos e seguros privados, sobre a hegemonia da oferta de serviços ambulatoriais pelo setor privado e o predomínio dos leitos hospitalares privados.

Cislaghi (2012) indica que nos anos 2000, essas mudanças que estão sendo caracterizadas nesta seção se expressaram no setor da educação. Far-se-á uma breve apresentação para caracterizar que as questões do avanço do processo de subsunção empresarial das políticas sociais se constituíram de uma maneira geral, e não só no setor saúde, como será melhor caracterizado na seção 2 a seguir e no capítulo 4.

A autora afirma que com mudanças relativas ao financiamento e gestão do ensino público e privado, observou-se uma continuidade da política privatizante e heterônima, com aprofundamento da privatização do fundo público e do modelo gerencial de gestão nas instituições públicas, destacando os programas de transferência de fundo público para o setor privado, como o Programa Universidade para Todos (Prouni), a regulamentação das fundações de apoio, e a política de expansão do ensino superior público Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni).

Até 2005, segundo Cislaghi (2012), o mecanismo principal de privatização de recursos públicos no ensino superior foi o Fundo de Financiamento Estudantil (Fies), criado em 1999, por meio do qual o estudante recebia crédito, desde que cumprisse uma série de exigências,

tendo que fazer o pagamento ao governo após formado. Após 2005, por meio da Lei n.º 11.096/05, foi instituído o Prouni, com distribuição de bolsas integrais e parciais em instituições de ensino superior privadas para estudantes de baixa renda. Esse programa, além das bolsas, visava também garantir ampliação das isenções fiscais, sendo que as entidades filantrópicas, que já tinham isenção, foram obrigadas a participar do programa com 20% da receita em atividades assistenciais, 20% em bolsas integrais e 20% em bolsas de qualquer modalidade. As entidades sem fins lucrativos que já tinham isenção de imposto de renda e Contribuição Social sobre Lucro Líquido (CSLL) passaram a ter isenção de Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins) e Programa de Integração Social (PIS), oferecendo 10% de bolsas, sendo 5% integrais e 5% parciais. A lei que criou o Prouni permitiu a revalidação de certificados de filantropia que haviam sido cassados pelo CNAS por não aplicarem 20% da sua receita em ações assistenciais.

Cabe reforçar a perspectiva de Catini (2020), que indica ter existido um processo decisivo que foi o desaparecimento dos antagonismos sociais. No setor da educação, por exemplo, outra forma que se passou a promover esse “direito” de acesso foi por projetos sociais, além de ter sido instituída a “reforma empresarial” do Ensino Médio¹⁹. A autora afirma que esse processo não se tratou apenas de uma transformação da política educacional, mas de uma reengenharia dos direitos sociais, que passou a ser objeto da intervenção privada e a se dirigir para “públicos-alvo”. Essa autora caracteriza que este processo se materializou no esvaziamento de conteúdos da escolarização, no fomento e expansão do mercado filantrópico de trabalho de educação social, somada ao fato do direito à educação se colocar a serviço da contenção e da pacificação de uma sociedade num processo de gestão da pobreza (CATINI, 2020).

Na mesma época houve um processo de privatização e concessões de estradas, ferrovias, usinas e portos para atrair investimentos em infraestrutura (CLEMENTE; LEAL; NEVES, 2007). Houve também a proposição da Lei Complementar n.º 92/2007, a qual visava instituir as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP), fundação sem fins lucrativos, integrante da administração pública indireta (com personalidade jurídica de direito público ou privado), para o desempenho de atividade estatal não exclusiva do Estado nas áreas da saúde, assistência social, cultura, esporte, ciência e tecnologia, meio ambiente e previdência complementar do servidor público (BRASIL, 2007a).

---

¹⁹ Teve aprovação como Medida Provisória, em 2016, e tornou-se Projeto de Lei em 2017. Entre outras coisas, estabelece-se uma mudança na estratégia pedagógica, que deve colocar o currículo de formação de jovens em consonância com o mercado de trabalho e com destaque ao empreendedorismo. Para maior aprofundamento nesta questão ler “Empreendedorismo, privatização e o trabalho sujo da educação” (CATINI, 2020).

Para uma análise de maneira mais detalhada sobre o crescimento do setor filantrópico nos governos dos anos 2000 e 2010, analisam-se os dados dos gastos tributários para o período de 2001 e 2017 (Tabela 2).

Tabela 2 - Gastos tributários gerais do governo federal e os vinculados ao setor filantrópico no período entre 2001 a 2017, considerando a variação percentual anual

Ano	Total de gasto tributário		Total de gasto vinculado ao setor filantrópico	
	Valor em R\$	variação percentual anual	Valor em R\$	variação percentual anual
2001	845.723.650,75		8.854.126,04	
2002	9.650.942.932,61	91%	15.488.190,28	43%
2003	10.864.218.580,34	11%	96.335.579,70	84%
2004	11.813.505.455,23	8%	896.402.619,72	89%
2005	16.135.205.617,06	27%	1.693.394.383,01	47%
2006	22.605.381.277,96	29%	2.329.187.000,11	24%
2007	29.302.590.871,11	23%	3.409.711.049,66	32%
2008	44.751.559.834,67	35%	3.857.260.091,94	12%
2009	62.578.136.530,64	28%	4.789.882.910,48	19%
2010	74.023.452.555,29	15%	6.346.147.952,73	25%
2011	80.365.722.289,93	8%	5.887.764.542,02	-8%
2012	106.962.736.407,66	25%	6.928.435.751,14	15%
2013	131.939.897.955,51	19%	8.330.175.113,54	17%
2014	206.245.036.873,76	36%	17.885.947.788,84	53%
2015	258.120.379.893,28	20%	21.826.574.121,80	18%
2016	263.247.117.778,18	2%	23.478.916.681,91	7%
2017	284.846.251.843,00	8%	26.194.656.380,00	10%

Fonte: Receita Federal (2017). Elaboração própria.
Dados em Reais, deflacionado a partir do IPCA dez/2017

Pode-se observar que houve constante crescimento dos valores de ano a ano. Destaca-se um crescimento mais elevado dos gastos tributários gerais do governo federal de 2003 a 2007, com crescimento de 8% de 2003 a 2004, 27% de 2004 a 2005, 29% de 2005 a 2006, 23% de 2006 a 2007, 35% de 2007 a 2008 e 28% de 2008 a 2009. Ao analisar os gastos tributários referentes ao setor filantrópico, também houve um crescimento significativo e constante, com exceção do ano de 2010 para 2011, que contou com uma queda de 8% do valor, mas em compensação teve aumento de 15% no ano seguinte. Esses dados de crescimento real dos gastos tributários são corroborados por outros estudos da área (COURI, 2021; OCKÉ-REIS, 2014, 2018; SALVADOR, 2015).

Cabe destacar o aumento dos gastos tributários relacionados ao setor da filantropia nos anos 2000, com valores mais significativos quando comparados à década seguinte. Observa-se,

por exemplo, um aumento de 43% no ano de 2001 a 2002, seguido de aumento de 84% no ano de 2002 a 2003, 89% de 2003 a 2004, 47% de 2004 a 2005, 27% de 2005 a 2006, 32% de 2006 a 2007, 12% de 2007 a 2008 e 25% de 2008 a 2009. Os valores referentes aos gastos tributários relacionados à filantropia também tiveram um aumento significativo entre 2012 a 2015, com destaque ao ano de 2014, que contou com uma variação percentual de 53%.

Ao se considerar as funções orçamentárias em relação aos gastos tributários, também houve aumento real dos recursos para a função da assistência social, da ciência e tecnologia, da cultura, do esporte e lazer, da educação e da saúde. Quando analisados os gastos relacionados ao setor de filantropia dessas funções, pode-se observar maior expressão na assistência social, na saúde e na educação (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Gastos tributários relacionados ao setor filantrópico, segundo a função da assistência social, ciência e tecnologia, cultura, esporte e lazer, educação e saúde entre 2004 a 2017

Fonte: Receita Federal (2017). Elaboração própria.
Dados em Reais, deflacionado a partir do IPCA dez/2017

A partir de 2005, a quantia do gasto tributário referente ao setor filantrópico teve crescimento constante na função da saúde e educação, com exceção do ano de 2010, o qual contou com uma variação percentual negativa de 13% e 7%, respectivamente. No entanto, foi seguido de aumento constante de 2015 a 2017, como apresentado no Gráfico 1. Os valores do setor filantrópico nessas funções orçamentárias, para além de crescente, tiveram um montante significativo quando comparado às outras funções.

Couri (2021) também constatou crescimento considerável dos gastos tributários das funções de assistência social, educação e saúde no período de 2003 a 2020, as quais juntas

representam uma média de 6%, 5% e 13%, ao longo do período estudado. Referente à função saúde, a autora constatou um crescimento de 735% acima da inflação.

Esses dados são expressão do processo aqui indicado de uma prática dos governos dos anos 2000 de criar um tipo diferente de governabilidade, ampliando suas bases de sustentação e legitimidade e instituindo uma perspectiva reformista e de conciliação. Percebe-se uma clara ampliação da relação da esfera estatal com o setor empresarial e filantrópico quando analisados os gastos tributários.

Ao fazer o levantamento das normativas sobre o setor, constata-se também que nessa década foi estabelecida uma nova relação sobre a concessão do CEBAS, implementado em 2006 por meio do Decreto n.º 5.895 (BRASIL, 2006). Essa certificação foi alterada com a justificativa de aperfeiçoamento da legislação, pela Lei n.º 12.101/2009, que passou a regulamentar a política pública nesse setor (BRASIL, 2019). Três das entrevistas realizadas (E3, E5 e E6) indicam que essa reorganização do processo do setor filantrópico constituiu a base do PROADI-SUS. Uma das pessoas entrevistada (E6) indica, inclusive, que não se pode discutir sobre o programa sem uma caracterização significativa desse processo.

A CEBAS foi concedida para instituições que exercem atividades de educação, de saúde e de assistência social. Segundo Bahia (2009), o decreto de 2006 tratou-se de uma política governamental voltada para auxiliar os hospitais que não cumpriam o preceito do atendimento de pelo menos 20% de pacientes do SUS a manter seus benefícios fiscais. Houve ainda a introdução de novos critérios para a concessão do certificado de filantropia, estabelecendo-se oferta de serviços no percentual mínimo de 60% ou realização de projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS nas seguintes áreas de atuação: 1) estudos de avaliação e incorporação de tecnologias; 2) capacitação de recursos humanos; 3) pesquisas de interesse público em saúde; 4) desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde.

Oficializou-se, nesse momento, a possibilidade de as entidades filantrópicas desenvolverem projetos de ação social na saúde, como já havia sido instituído no setor da assistência social nos anos 1990, como discutido no Capítulo 2, representando o que aqui foi caracterizado como avanço da filantropia-empresarial no setor da saúde. Para além do velho modelo de filantropia associado à prestação de serviço e à flexibilização da concessão da certificação para hospitais estratégicos, em 2006 se avançou nessa reconfiguração das políticas sociais e o deslocamento da posição do empresariado, assumindo práticas de responsabilidade social.

Fica claro, que para além da assistência, as instituições filantrópicas passaram a intervir em estudos de avaliação e de incorporação de tecnologias, na capacitação de recursos humanos e em pesquisas de interesse público em saúde, além do desenvolvimento de técnicas e de operação de gestão em serviços de saúde, esferas essas tradicionalmente ofertadas pelo setor estatal. Por meio desse decreto de 2006, a lógica gerencial avançou inclusive nessas demais áreas, cujos resultados deveriam ser avaliados e monitorados a partir da perícia e do referencial do viés do mercado.

Explicita-se aqui, também, o embrião do que se constituiu o PROADI-SUS, estabelecida a possibilidade alternativa à oferta assistencial para a realização de desenvolvimento de projetos. Nos decretos subsequentes que constituíram o PROADI-SUS propriamente dito, foram estabelecidas as mesmas áreas de atuação prioritárias, indicando explícita continuação e a articulação política com esse decreto.

Bahia (2009) afirma que essa regulamentação representou o exemplo mais claro à época e conspícuo da produção de políticas públicas de suporte ao privado, retirando as condicionalidades à concessão do certificado de filantropia a um subconjunto de hospitais de “ponta”. Tratou-se de uma interpretação voltada a auxiliar os hospitais que não cumpriam o preceito do atendimento de pelo menos 20% de pacientes do SUS a manter seus benefícios fiscais. Essa afirmação corrobora com a análise aqui realizada de que é um marco para o setor da saúde essa inflexão, e que acaba por privilegiar o setor filantrópico-mercantil.

Bahia (2008) refere, ainda, que houve denúncias de desvio das diretrizes de atendimento universal dos hospitais filantrópicos previstas pela Lei Orgânica da Assistência Social por meio desse decreto, redefinindo de maneira radical a natureza da filantropia na saúde e subvertendo as regras de subordinação público-privada. Esse preceito legal passou não apenas a admitir hospitais categorizados como os melhores do setor privado como objeto de proteção fiscal, como também os credenciou e incentivou a liderar pesquisas e programas de capacitação e gestão “de interesse público”.

Assim, o Decreto n.º 5.895 (BRASIL, 2006) e posteriormente a Lei n.º 12.101/2009 passaram a adotar, no setor da educação e da saúde, dois arranjos diferentes para a certificação das entidades: o primeiro, referente às entidades que prestam serviços inteiramente gratuitos, cuja manutenção é fomentada pelo Estado; e o segundo, referente às instituições que vendem serviços no mercado privado e concedem bolsas de estudo/realizam projetos de responsabilidade social em troca de benefícios tributários (BRASIL, 2019; HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ et al., 2019).

Essa nova forma de certificação passou a ser questionada no final dos anos de 2010. O relatório de avaliação do CEBAS Educação, elaborado pela CGU, em 2019, questionou essa nova forma de filantropia que passou a conceder isenção fiscal para entidades de caráter privado, que ofertavam serviços no mercado, e recomendou:

Restringir a imunidade de contribuições para a seguridade social, de que trata o § 7.º do art. 195 da Constituição Federal de 1988, às atividades de educação, saúde e assistência social realizadas pelas entidades beneficentes que prestem serviços de forma inteiramente gratuita, mediante atividade filantrópica (BRASIL, 2019, p. 49).

Nesse relatório, indicou-se ser questionável o conceito legal de beneficência para as entidades de educação para o setor privado, dado que o benefício que recebiam parecia remunerar o serviço prestado. Além disso, ponderou-se a extensão da imunidade tributária a qualquer atividade econômica exercida pela entidade, considerando a atuação da matriz e das filiais. Segundo a análise, isso acarretava risco de desvirtuamento da política pública e concessão de isenção a serviços que não estariam necessariamente relacionados com as áreas da função orçamentária em questão. Como apresentado nesse documento:

Ressalta-se que não se pretende proibir o exercício de atividades comerciais pelas entidades beneficentes. Elas continuam a poder exercer outras atividades, não relacionadas as de educação, saúde e assistência social. Contudo, é imprescindível que o novo marco legal delimite a imunidade às atividades assistenciais, de modo que a política pública não se torne um incentivo para que empresas comerciais busquem nela o usufruto indevido de benefícios tributários, o que tem sido denominado “falsas entidades beneficentes” (BRASIL, 2019, p. 50).

Essa ambiguidade entre o que é direito social, incentivo estatal e atuação do setor privado, com reconfiguração da forma-jurídica e forma estatal, como indicado no Capítulo 1, foi intensificada nas duas últimas décadas, como relacionado até aqui. Percebe-se que, além de uma ampliação dos gastos tributários e dos gastos referentes ao setor filantrópico, a regulamentação para a certificação das instituições passou por flexibilização, oficializando diferentes formas para acesso à isenção fiscal e diferentes possibilidades da filantropia no país. Articulado à contrarreforma do Estado e ampliação da lógica gerencial, o processo mercantil-filantrópico avançou para outros setores, com ampliação do conceito de empreendedorismo para empreendedorismo social, e constituição da legislação do setor, como indicado na concessão do CEBAS.

A caracterização dos governos do Presidente Lula pode ter diferentes recortes, mas vai ao encontro e foi funcional à demanda do capital nesse sentido. Singer (2012), por sua análise do Lulismo, afirma ter existido um processo de reformismo fraco, com pacto conservador. Arelado a uma política macroeconômica conservadora, com promoção estável do mercado interno, Singer indica que o governo estabeleceu um programa de redução da pobreza via ampliação do mercado de consumo, ampliação do mercado de trabalho e da renda, estimulando consumo interno de massa. Arcary (2014a), ao analisar a trajetória do PT, destaca que o governo Lula conseguiu a maior estabilização social do regime político democrático eleitoral, com uma anulação do protesto operário e popular, articulado a uma experiência de “um reformismo quase sem reformas”, ou por melhor dizer, governos que estabeleceram inclusive reformas reacionárias ou contrarreformas. Sampaio Júnior (2017) é mais enfático sobre as críticas nesse período, e afirma que o governo se manteve convertido à filosofia do Banco Mundial, abandonando a perspectiva de combater as desigualdades sociais e aderindo a políticas compensatórias, atuando no efeito dos problemas sociais e não sobre suas causas.

Mas é importante pontuar que, no segundo mandato da Presidente Dilma Rouseff, quarto mandato consecutivo do PT, foi instituído um processo de *impeachment* com a substituição de seu governo pelo do então vice-presidente Michel Temer. A equação que vinha sendo implementada de rebaixar o programa e ampliar as alianças para garantir a governabilidade não mais se sustentou.

Iasi (2017) caracteriza esse processo de interrupção institucional como tendo sido conduzido por forças conservadoras e golpistas, constituindo um processo de governabilidade diretamente burguês. Mas o autor indica que esse contexto de crises econômica e política só poderia ser compreendido articulado com a análise do limite da EDP que o PT acabou por representar, articulado a um contexto de crise internacional do capital.

Grupos e organizações da área da saúde avaliam que, nesse processo, passou a ser implementada uma série de propostas austeras e de redução de direitos, que afetam diretamente a área das políticas de saúde. Como exemplo, autores e movimentos sociais indicam a aprovação da Emenda Constitucional (EC) 95, aprovada em 2016, a qual congelou os gastos públicos primários para os próximos 20 anos, com correção dos valores apenas a partir da inflação (ABRASCO, 2016; CUSTÓDIO, 2016; SPINA; CUNHA, 2016). Há, ainda, questionamentos à proposta de Reforma Trabalhista (ABRASCO, 2017a)²⁰, à reformulação das

---

²⁰ Nota política assinada pela Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES); Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO); Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); Frente Nacional Contra a Privatização na Saúde (FNCPS).

novas diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (ABRASCO; CEBES; ENSP/FIOCRUZ, 2017; DIAS, 2017a; FNCPS, 2017) e às novas diretrizes da Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas para o cuidado em saúde mental (ABRASCO, 2017b; DIAS, 2017b). As análises indicam um avanço do conservadorismo, intensificação das políticas de cunho neoliberal e de uma prática privatizante das políticas sociais.

Sampaio Júnior (2017b) também correlaciona esse processo como a crise internacional em curso, com o esgotamento do ciclo de crescimento e refluxo de capitais internacionais, principalmente a partir de 2011, marcando o que o autor denominou fim da ilusão neodesenvolvimentista. Segundo o autor “[...] a modernização dos padrões de consumo, impulsionada pela liberalização crescente da economia, provocou uma desarticulação do sistema produtivo nacional, levando a um deslocamento do centro dinâmico da economia para o exterior” (SAMPAIO JÚNIOR, 2017b, p. 179). Para esse, o crescimento econômico sem uma intervenção estrutural, perpetuando as estruturas sociais de extrema desigualdade no país, aprofundou o caráter de subdesenvolvimento da economia brasileira.

Assim, as análises levam a um entendimento de ter ocorrido um esgotamento das condições objetivas e subjetivas dos governos petistas e da possibilidade de uma gestão de conciliação, somado a um limite do ciclo de crescimento econômico anterior. Marca-se um período em que os ajustes exigidos pela ortodoxia burguesa seriam capitaneados.

Essa análise, de alguma forma, reforça a perspectiva de que a forma estatal se constituiu de modo a garantir a circulação e a reprodução econômica capitalista, associando a constituição do Estado como “vontade geral” impessoal por uma política de caráter neoliberal que já vinha sendo implementada e uma intensificação da conciliação e exaltação da democracia. O antagonismo entre direito público e direito privado nesse momento de reprodução do capital, apareceu com uma distinção menos precisa do que quando comparada com o período histórico anterior, com a constituição do Estado Social. Intensificou-se o processo de instituição de transformações na forma-jurídica e forma-estatal, de maneira a constituir instrumentos de “tecnologia social de gestão da pobreza” sem a lógica do direito universal, o que levou à conversão da militância social para a prática mercantil-filantropia.

Aqui buscou-se caracterizar o que foi indicado como sendo um aumento da capilaridade que instituições privadas conquistaram intervindo na instituição dos direitos sociais no Brasil a partir dos anos 2000, com alto grau de integração entre entidades filantrópicas tradicionais, do setor mercantil-filantrópico e do Estado. Na próxima seção serão apresentados aspectos gerais da regulamentação e dos investimentos realizados no setor saúde.

2. REGULAMENTAÇÃO E INCENTIVOS AO SETOR FILANTRÓPICO NA ÁREA DA SAÚDE A PARTIR DOS ANOS 2000

Em análise do setor, no início dos anos 2000, Gerschman et al. (2003) afirmam que, na totalidade, a participação do setor hospitalar filantrópico no SUS foi de grande importância, com 37,5% do total de internações dos pacientes do SUS sendo realizado pelo segmento filantrópico. Os autores ponderam, também, que para o próprio setor filantrópico a relevância do SUS foi substancial, já que da produção assistencial do setor nos hospitais estudados, 79% das internações realizadas eram de pacientes do SUS. Portanto, já no início dos anos 2000 reafirmou-se a relação de interdependência entre o SUS e o segmento estatal com o setor filantrópico. Ao caracterizar o setor, esses autores indicam grande heterogeneidade nas estruturas gerenciais e tecnológicas, nos perfis e nas práticas assistenciais. Observa-se, segundo a pesquisa, a realização de serviços básicos até práticas médicas de última geração e elevado grau de complexidade.

Destaca-se que embates por recursos financeiros para assegurar as políticas públicas de saúde marcaram toda a construção do SUS. Autores indicam um histórico subfinanciamento do setor, com corte de gastos para responder ao excedente primário e às metas de inflação, com uma articulação crescente com o setor privado e o capital financeiro e internacional (MENDES, 2012; MENDES; WEILLER, 2015; SANTOS, 2016), aspectos esses explícitos no debate que perpassam a implementação do programa aqui estudado.

Mendes e Weiller (2015) indicam que essa questão ficou ainda mais explícita após a aprovação da EC 29, em 2000, com sua regulamentação por meio da Lei n.º 141/2012, a qual não estabeleceu percentual mínimo de gasto da união²¹, sendo um marco nos debates do subfinanciamento das políticas de saúde. Para esses autores, a constatação do reduzido gasto público deve ser entendida, também, a partir do incentivo concedido pelo governo federal à saúde privada, na forma de redução de impostos e das renúncias fiscais que experimentam as entidades sem fins lucrativos e a indústria químico-farmacêutica, como discutido na seção anterior.

---

²¹ Há indicação de que a EC 29, proposta em 2000, buscava equacionar a instabilidade do financiamento, definindo responsabilidades mínimas para os entes federados, com proposta de atingir um mínimo de 15% da Receita Corrente Bruta (RCB) para o governo municipal, 12% para o governo estadual, e 10% para o federal. Para a sua regulamentação, em 2012, estabeleceu-se a porcentagem indicada para os governos municipais e estaduais, mas no tocante ao governo federal, indicava-se que, para o primeiro ano, deveria ser aplicado pelo menos 5% em relação ao orçamento empenhado no período anterior e, para o seguinte, o valor apurado no ano anterior seria corrigido pela variação do PIB nominal. Assim, foi desconsiderado o projeto original de definição de responsabilidades mínimas do governo federal.

Ao considerar os gastos tributários para a função saúde, corrobora-se essa afirmativa de crescimento da isenção fiscal para o setor (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Gastos tributários da função saúde, subdividido em gastos relacionados ao setor filantrópico e demais despesas nos anos entre 2004 a 2017

Fonte: Receita Federal (2017). Elaboração própria.
Dados em Reais, deflacionado a partir do IPCA dez/2017.

Quando se analisa o crescimento da função saúde verifica-se que o aumento dos gastos tributários foi constante, mesmo quando a variação percentual em outras áreas tenha sido negativa em determinado período. Isso mostra como houve uma priorização da renúncia fiscal e apoio estatal ao setor filantrópico nessa área. Observa-se uma variação percentual nos gastos relacionados à filantropia maior que a variação percentual dos gastos da função nos anos de 2005, 2006, 2009, 2012, 2013 e 2015.

Ocké-Reis (2018), ao analisar os gastos tributários da função saúde sobre as despesas do Ministério da Saúde, no período de 2003–2015, constatou que esses correspondiam de 29,9% a 36,6%. Considerou-se montante significativo de recursos, especialmente frente a um cenário em que se observou um subfinanciamento das políticas nessa área. O autor também constatou um crescimento real dos gastos tributários em saúde, inclusive vinculado ao setor filantrópico (OCKÉ-REIS, 2014, 2018).

Ocké-Reis (2018) afirma que a renúncia reforçou a iniquidade do sistema de saúde, o que piorou a distribuição do gasto público per capita — direto e indireto — para os extratos inferiores e intermediários de renda. Além disso, segundo o autor, os grupos de pressão tenderam a conservar e a agravar tal iniquidade e os subsídios não desafogaram efetivamente os serviços médico-hospitalares do SUS, dado que os usuários de planos de saúde utilizaram os serviços públicos em certas esferas como da vacinação, da urgência e emergência, do banco de

sangue, de transplantes, de hemodiálise, de atividades de alto custo e de complexidade tecnológica.

Da mesma maneira, como caracterizado na década anterior, houve um articulado processo de subsídio estatal por meio dos gastos tributários e isenção fiscal, o suporte financeiro por programas voltados ao setor filantrópico, como também nova regulamentação institucional. Mendes (2012) ressalta que entre os anos 1990 e 2000 manteve-se predominância de uma política econômica restritiva, de caráter neoliberal, sustentada por uma perspectiva de “contenção dos gastos” e questionamentos do princípio de seguridade social e universalização do acesso ao cuidado à saúde.

Percebe-se dois processos significativos e articulados entre si quando se faz a análise do setor nos anos 2000: uma intensa reorganização do setor filantrópico com mudanças na regulamentação institucional e implementação de programas nos primeiros anos da década, ainda no governo do FHC; e a continuidade dessa política com regulamentação posterior nos governos petistas, para aprimorar os arranjos institucionais já estabelecidos.

Ao se analisar os dados e as informações aqui apresentados, confirma-se o fato da inexistência de uma ruptura dos governos do PT com os contratos e regras estabelecidas durante os governos de FHC. Pode-se verificar as vertentes indicadas na seção anterior de uma mediação com o setor privado, manutenção das orientações dos órgãos internacionais e instituição de uma política de conciliação.

Sistematiza-se, primeiramente, os arranjos estabelecidos pelo governo FHC. Referente à regulamentação institucional, tem-se como destaque para esse estudo a Portaria GM/MS n.º 604/01, que estabelece o Incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde — INTEGRASUS (BRASIL, 2001a)²² e o estabelecimento, por meio da Portaria GM/MS n.º 1.006/01, dos critérios para definição dos Hospitais Estratégicos para o SUS (BRASIL, 2001b)²³. Gerschman et al.

---

²² Determinou-se um incentivo a ser pago adicionalmente ao faturamento das entidades com objetivo de estimular o desenvolvimento de suas atividades assistenciais e a realização das mesmas em regime de parceria com o Poder Público.

²³ Foram considerados Hospitais Estratégicos instituições que, cumulativamente, apresentassem todas as alíneas de que trata este Artigo 1.º, ou as alíneas "a", "b" e "c"; ou as alíneas "a" e "d"; ou as alíneas "a" e "e" relacionadas a seguir: a — Ser hospital geral ou especializado que preste serviços ao Sistema Único de Saúde em todas as áreas assistenciais que tenha disponíveis, tanto hospitalares quanto ambulatoriais; b — Ser integrante de 03 (três) ou mais dos seguintes Sistemas de Alta Complexidade, devendo ser regulamente cadastrado no SUS para o desenvolvimento destas atividades: Sistema de Alta Complexidade em Cardiologia, Cirurgia Cardíaca, Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista, Sistema de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia, Sistema de Alta Complexidade em Lesões Lábio Palatais, Sistema de Alta Complexidade em Implante Coclear, Sistema de Alta Complexidade em Gastroplastia, Sistema de Alta Complexidade em Assistência a Queimados, Sistema de Alta Complexidade em Neurocirurgia, Sistema de Alta Complexidade em Tratamento Cirúrgico da Epilepsia, Sistema de Alta Complexidade em Oncologia; c — Realizar atividades de Transplante de Órgãos e ser devidamente cadastrado para tal pelo Sistema Nacional de Transplantes; d — Ser integrante do Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências, em conformidade com o estabelecido na

(2003) afirmam que esse processo diferenciou os hospitais filantrópicos em diferentes subgrupos: os hospitais estratégicos e os demais hospitais filantrópicos (o que aqui está sendo tratado como parte do setor filantrópico tradicional).

Ainda em 2001, Bahia (2009) descreve que foi instituída a Associação Nacional dos Hospitais Privados (ANAHP). A ANAHP reúne hospitais, em sua maioria filantrópicos, categorizados como de “primeira linha”. Apesar de a indicação ser de sua maioria instituições filantrópicas, a instituição afirma ser uma entidade representativa dos principais hospitais de excelência do país, a qual busca valorizar o debate e as ações voltadas ao monitoramento da qualidade e segurança da assistência como a acreditação e sistemas de informações (ANAHP, 2019).

O Decreto n.º 4.327/02 (BRASIL, 2002a) flexibilizou a legislação ao modificar as condições para a concessão do certificado dispostas no Decreto n.º 2.536/98. O decreto de 2002 estabeleceu três alternativas possíveis para a obtenção do certificado: aplicar 20% do faturamento bruto anual em gratuidade; disponibilizar 60% do total de internações ao SUS, por declaração ao gestor local; ou ser considerado hospital estratégico para o SUS. Determinou também, para entidades conglomerados hospitalares, que o percentual dos serviços prestados ao SUS poderiam ser individualizados por estabelecimento ou pelo conjunto de estabelecimentos da entidade. Assim, a instituição poderia manter um serviço ou uma entidade hospitalar sem qualquer prestação de serviços ao SUS ou mesmo serviços gratuitos, desde que outras unidades hospitalares da entidade o fizessem em volume correspondente às exigências para toda a entidade (BAHIA, 2009; GERSCHMAN et al., 2003; PORTELA et al., 2004).

Nesse mesmo período, o ProSUS 1, implementado nos anos 1990, sofreu uma alteração que permitiu que o programa financiasse a contrapartida da parcela de 20% dos recursos não-reembolsáveis do Reforço à Reorganização do SUS (ReforSUS) para a compra de equipamentos importados. Além disso, o programa ganhou novos contornos, os quais foram estendidos até 2008, passando a abranger os hospitais estratégicos do SUS no ProSUS 2, que poderiam incluir hospitais privados não-filantrópicos. Leal e Morgado (2008), ao fazerem avaliação do ProSUS 2, relatam perceber uma mudança na captação de recursos doados para projetos específicos, além de um interesse maior das entidades filantrópicas em atender ao segmento privado. Afirmam que se observa uma alteração na composição das receitas dos

---

Portaria GM/MS n.º 479, de 15 de abril de 1999; e — Ser integrante do Sistema Estadual de Referência Hospitalar para Atendimento da Gestante de Alto Risco, em conformidade com o estabelecido na Portaria GM/MS n.º 3.477, de 20 de agosto de 1998;

hospitais participantes do programa, com redução da participação do SUS e aumento na participação dos planos de saúde próprios ou dos convênios com planos de saúde privados.

Um ponto que merece destaque e se articula diretamente com o objeto desta tese é que o Decreto adicional n.º 4.481/02 (BRASIL, 2002b), que dispõe sobre os critérios para definição dos hospitais estratégicos, no âmbito do SUS, determinou que:

Art. 1.º São definidos como hospitais estratégicos, no âmbito do Sistema Único de Saúde — SUS, aqueles que preencham, pelo menos, uma das condições abaixo relacionadas:

I — ser hospital-geral que preste serviços ao SUS em todas as áreas assistenciais de que disponha e que comprove, anualmente, a prestação de serviços ao SUS, medida por paciente-dia, no percentual mínimo de trinta por cento, nos sistemas de alta complexidade que integrem pelo menos quatro grupos constantes do art. 2.º deste Decreto, um deles, obrigatoriamente, de realização de transplantes de órgãos;

II — ser hospital-geral que disponha de pelo menos dois programas de ensino na área da saúde ao nível de pós-graduação, reconhecidos pelo Ministério da Educação, desenvolva atividades de pesquisa na área da saúde, e que comprove, anualmente, a prestação de serviços ao SUS, medida por paciente-dia, no percentual mínimo de trinta por cento, nos sistemas de alta complexidade que integrem pelo menos três grupos constantes do art. 2.º deste Decreto;

III — ser hospital especializado que disponha de pelo menos um programa de ensino na área da saúde ao nível de pós-graduação, reconhecido pelo Ministério da Educação, desenvolva atividades de pesquisa na área da saúde, e que comprove, anualmente, a prestação de serviços ao SUS em alta complexidade, medida por paciente-dia, no percentual mínimo de trinta por cento no sistema da sua especialidade;

IV — ser hospital-geral ou especializado que preste serviço ao SUS em todas as áreas assistenciais de que disponha, medido por paciente-dia, no percentual mínimo de trinta por cento, e comprove o enquadramento no Sistema Estadual de Referência Hospitalar para Atendimento à Urgência e Emergência ou Gestaço de Alto Risco;

V — ser hospital-geral ou especializado que disponha de pelo menos um programa de ensino na área da saúde ao nível de pós-graduação, reconhecido pelo Ministério da Educação, desenvolva atividades de pesquisa em uma das áreas abaixo identificadas, que preste serviço ao SUS, em todas as áreas assistenciais de que disponha, medido por paciente-dia, no mínimo de trinta por cento, e ser reconhecido pelo Ministério da Saúde como centro de referência em uma das seguintes áreas:

- a) pesquisa, diagnóstico e tratamento da tuberculose;
- b) pesquisa, diagnóstico e tratamento da hanseníase; ou
- c) pesquisa, diagnóstico e tratamento da AIDS;

VI — ser hospital-geral que disponha de pelo menos um programa de ensino na área da saúde ao nível de pós-graduação, reconhecido pelo Ministério da Educação, desenvolva atividades de pesquisa na área da saúde, preste serviço ao SUS, medido por paciente-dia, no percentual

mínimo de trinta por cento, e execute ações estratégicas na área da saúde, de interesse do gestor de sua jurisdição, devidamente formalizado, em termo de acordo, e homologado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002b).

Bahia (2008b) afirma que essa modalidade reforçou a diferenciação de determinados hospitais, fundamentalmente aqueles voltados para o atendimento das clientelas de planos e seguros privados de saúde que pleitearam o estatuto de filantrópicos por meio da criação da categoria “hospitais estratégicos”. Caracteriza-se, nesse momento, a política do Ministério da Saúde como indutora para a alta e a média complexidades, nichos onde se inseriam os hospitais estratégicos potenciais (GERSCHMAN et al., 2003; PORTELA et al., 2004).

Gerschman et al. (2003) indicam que permitir que as entidades, alternativamente à prestação de serviços ao SUS, obtivessem o certificado apenas com a aplicação de parte de seu faturamento em gratuidade, pareceu apontar saídas para grandes hospitais ou para aqueles com forte presença na alta complexidade, que não apresentavam maior dependência do SUS, e vice-versa. Assim, os autores referem que as determinações políticas expressas na legislação foram fragmentadas, considerando-se que não responderam a ações unívocas, sustentadas no estabelecimento de prioridades em torno de uma decisão política relacionada ao atendimento à saúde da população usuária do SUS.

Acabou-se, portanto, por privilegiar uma política direcionada a hospitais das capitais e regiões metropolitanas, aos hospitais de grande porte e de média e alta complexidades, os mesmos hospitais que se encontravam nas estratégias de mercado, independentemente das políticas públicas, as melhores condições de desenvolvimento. Gerschman et al. (2003) problematizam, ainda, que a definição da condição de filantropia, enquanto constitutiva de um setor que deveria ser parceiro privilegiado para o atendimento do SUS, e com essas novas possibilidades de filantropia, o setor tornou-se mutante e sujeito às pressões de atores conflitantes.

Dessa forma, foi no início dos anos 2000, antes da saída do governo do FHC, que foi sendo fortalecida a possibilidade do novo tipo de filantropia na área da saúde, havendo incentivo aos ditos Hospitais Estratégicos. Esse é um marco importante no processo de conversão mercantil-filantrópica. Explicita-se o processo que anteriormente foi descrito como característico da racionalidade da “nova gestão pública”, com uma imbricação crescente dos setores comumente chamados “público” e “privado”.

Como indicado na seção anterior, os governos do PT, a partir de 2003, apesar de um partido de oposição à gestão anterior, não representaram uma ruptura com a política que estava

sendo instituída. Em 2005, instituiu-se a Portaria MG n.º 1.721 (BRASIL, 2005), a qual estabeleceu o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS²⁴, além de que foi implementado, em 2006, o Decreto n.º 5.895 (BRASIL, 2006), que dispôs uma nova relação sobre a concessão do CEBAS como tratado na seção anterior.

Foi nesse contexto que foi criado efetivamente o PROADI-SUS. A instituição e regulamentação desse programa serão apresentadas de maneira mais detalhada no Capítulo 4, mas cabe indicar que foi regulamentada em 2007 a Portaria MS/GM n.º 3.276 (BRASIL, 2007b), a qual estabeleceu que as instituições que optassem por desenvolver projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS deveriam realizar as etapas de habilitação e apresentação de projetos. Nesse sentido, apresentaram-se quatro áreas admissíveis para submissão dos projetos, as mesmas áreas de atuação presente no Decreto n.º 5.895 de 2006²⁵.

Como indicado na seção anterior deste capítulo, foi a partir de 2006 que foi estabelecida a nova relação sobre a concessão do CEBAS (por meio do Decreto n.º 5.895/2006), a qual foi sendo atualizada posteriormente, definidos na Lei n.º 12.101/2009, no Decreto n.º 8.242/2014, além da Portaria de Consolidação Ministério da Saúde n.º 1/2017 (BRASIL, 2020a). Até dezembro de 2017, período considerado para análise do PROADI-SUS nesta tese, o Ministério da Saúde havia concedido a certificação de entidades beneficentes na área da saúde a 1.339 entidades, correspondendo a 1.754 unidades (entre matrizes e filiais). Isso representa um universo de 3.183 estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2018a).

O período de vigência do certificado é de 3 ou 5 anos, conforme os condicionantes legais e como foi comprovada a condição de beneficente. O Gráfico 3 indica que até 2010 foram realizados 1.977 requerimentos de concessão ou renovação do CEBAS-Saúde. Destacam-se o ano de 2012, com 1043 solicitações, e 2015, com 928 solicitações.

---

²⁴ Constatou-se, à época, um cenário de crise pelo qual os Hospitais Filantrópicos atravessaram, determinado por fatores relacionados à política de financiamento, ao perfil assistencial e de gestão dessas unidades hospitalares, bem como ao processo de inserção no sistema loco regional de saúde. Afirmava-se ser necessária a busca por alternativas de apoio gerencial que favorecessem o saneamento financeiro dessas instituições, nas prerrogativas e princípios do SUS.

²⁵ I — área de estudos de avaliação de incorporação de tecnologia; II — área de capacitação de recursos humanos; III — área de pesquisas de interesse público em saúde; e IV — área de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde.

Gráfico 3 - Requerimento de concessão/renovação do CEBAS Saúde no período entre 2010 a 2017

Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2018a).

Com a observação da distribuição geográfica dos estabelecimentos de saúde dessas entidades beneficentes que prestaram serviço ao SUS, identificam-se uma grande concentração na região sul (1.150) e sudeste (1.337), o que corresponde a 36% e 42% dos estabelecimentos, respectivamente (BRASIL, 2018a). Na Figura 2, apresenta-se a distribuição geográfica das entidades beneficentes que prestaram serviços ao SUS.

Figura 2 - Distribuição geográfica das entidades beneficentes que prestam serviços ao SUS

Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2018a).

Considera-se importante fazer uma leitura articulada ao contexto em que esses arranjos institucionais foram aprovados. O Decreto n.º 5.895/2006, que dispunha de uma nova relação

sobre a concessão do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social, foi aprovado após quase dez anos do decreto que possibilitava isenções fiscais por projetos voltados ao SUS. Analisa-se, aqui, que a instituição do PROADI-SUS, para além de uma nova expressão baseada na lógica da contrarreforma do Estado e novo trato com o setor filantrópico, foi também expressão desse processo de se fazer política por meio da égide da conciliação e da reorganização da forma estatal e jurídica caracterizada neste período.

Outras normativas e programas que subsidiaram o setor filantrópico nesse período foram o Decreto n.º 6.187 de 2007²⁶, o Programa Mais Saúde²⁷, o ProSUS por meio da regulamentação da Lei n.º 12.873/13²⁸, e o Termo de Cooperação e Assistência Técnica (publicado em 5/12/2007 no Diário Oficial da União n. 235, seção 3) entre o Ministério da Saúde e o BNDES²⁹.

Em 2007, também foi implementado o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), que contou com o suporte financeiro governamental. Esse instituto é uma organização sem fins lucrativos, cujo objetivo é promover e realizar estudos de aspectos conceituais e técnicos que para embasamento de implementação de políticas e introdução de melhores práticas voltadas para a saúde suplementar (BAHIA, 2009; IESS, 2020).

Após a apresentação e análise das regulamentações referentes ao setor filantrópico, fica explícito que o setor apresentou uma grande dependência em relação ao SUS e ao fundo público, com avanço da hegemonia do setor privado e do empresariado nas políticas sociais. Se

---

²⁶ Bahia (2008) afirma que essa representou mais uma forma de suporte público aos hospitais filantrópicos com a criação de uma fonte permanente de recursos para atender os problemas das dívidas dos estabelecimentos de saúde com o governo (Receita Previdenciária, Receita Federal e Fundo de Garantia). Esse decreto estabelece envio de 3% dos recursos arrecadado na Timemania para o Fundo Nacional de Saúde, que deveria destinar os recursos, exclusivamente, para ações das Santas Casas de Misericórdia, de entidades hospitalares sem fins econômicos e de entidades de saúde de reabilitação física de portadores de deficiência, desde que mantenham convênio com o Sistema Único de Saúde.

²⁷ Prevê ações e investimentos em quatro categorias: i) Promoção (ações para a família) e atenção (ampliação do acesso ao SUS com qualidade) à saúde; ii) Complexo industrial da saúde (desenvolvimento da indústria e do potencial de inovação nacional); iii) Controle social da gestão e dos trabalhadores (qualificação dos profissionais e da gestão, e aperfeiçoamento dos instrumentos para o controle social); e iv) Cooperação internacional. Leal e Morgado (2008) indicam que as metas deste programa contemplavam investimentos para a infraestrutura e à gestão dos hospitais filantrópicos.

²⁸ O Art. 24 estabelece que o ProSUS tem as seguintes finalidades: I — garantir o acesso e a qualidade de ações e serviços públicos de saúde oferecidos pelo SUS por entidades de saúde privadas filantrópicas e entidades de saúde sem fins lucrativos; II — viabilizar a manutenção da capacidade e qualidade de atendimento das entidades referidas no art. 23; III — promover a recuperação de créditos tributários e não tributários devidos à União; e IV — apoiar a recuperação econômica e financeira das entidades de saúde privadas filantrópicas e das entidades de saúde sem fins lucrativos (BRASIL, 2013b)

²⁹ Com o objetivo de implantar ações, programas e estudos para o desenvolvimento do complexo industrial da saúde no território brasileiro. Leal e Morgado (2008) indicam que nesse processo, considerando que o BNDES ampliou o campo de atuação de seus instrumentos de financiamento para o complexo industrial de saúde e para a inovação, acabam também por ampliar a oportunidade do Banco fortalecer as políticas de financiamento dos prestadores de serviços em saúde, em consonância com os objetivos da política do programa do MS.

no início da década de 2000 a literatura indica que essa dependência ocorreu particularmente em relação aos hospitais de pequeno porte, pelos arranjos estabelecidos e flexibilização da regulamentação de maneira a conceder isenção aos hospitais estratégicos, caracterizados por grandes hospitais com forte presença na alta complexidade, percebe-se que todo o setor, inclusive hospitais privados que não garantiram assistência ao setor público, dependeram e estreitaram essa relação com a esfera estatal e o acesso ao fundo público.

Instituíram-se e intensificaram-se os arranjos estatais de maneira a reorganizar os direitos sociais, inserindo os hospitais denominados estratégicos, e posteriormente referidos como hospitais de excelência, na realização das intervenções sociais. Nesse sentido, a mediação da questão social foi paulatinamente transformada numa questão empresarial com domínio do trabalho social pelas organizações sem fins lucrativos. No próximo capítulo, caracteriza-se, de maneira mais detalhada, a implementação do PROADI-SUS.

CAPÍTULO 4 — PROADI-SUS: FILANTROPIA MERCANTIL NO SETOR DA SAÚDE

O PROADI-SUS se configurou no bojo e é expressão da política social implementada no país. Essa política social foi configurada como expressão da relação público-privada constituída nos anos 1990, com as reformas gerenciais, articulada e ampliada nos anos 2000 pelos governos petistas, que promoveram uma política de conciliação de classe, marcada pelo projeto “neodesenvolvimentista”, como explicitado nos capítulos anteriores.

Como indicado desde a introdução desta tese, houve uma articulação endógena do setor público e do setor privado na implementação das políticas públicas de saúde ao longo de toda a sua história. No entanto, é necessário analisar como se consolidaram os arranjos nas políticas públicas de saúde nos anos recentes e, como exemplo, tomou-se o caso do PROADI-SUS.

Faz-se a indagação de como esse programa tem colaborado e em que medida acabou executando parte das ações do SUS. Como explicitado no Capítulo 3, houve um subfinanciamento histórico no setor da saúde, atrelado a um processo de ampliação de isenções fiscais para a função orçamentária da saúde e gastos relacionados ao setor filantrópico. Além disto, houve uma recomposição do setor filantrópico por meio do Decreto n.º 5.895 implementado em 2006, ampliando as possibilidades de concessão do CEBAS sob novos critérios de filantropia, que não a tradicional oferta de serviços assistenciais.

Foi a partir de 2006 que se regulamentou a realização de projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS nas seguintes áreas de atuação: 1) estudos de avaliação e incorporação de tecnologias; 2) capacitação de recursos humanos; 3) pesquisas de interesse público em saúde; e, 4) desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde. Porém, foi com o Decreto n.º 2.536 de 1998 que, pela primeira vez, entidades filantrópicas tiveram legalmente a possibilidade de isenções fiscais por projetos voltados ao SUS.

Em outras palavras, foi dessa forma que se estabeleceu e se buscou regulamentar outra maneira de o empresariado assumir práticas de responsabilidade social, havendo dois arranjos distintos para a certificação das entidades: o primeiro, referente às entidades que prestam serviços assistenciais gratuitos, cuja manutenção foi fomentada pelo Estado e convênios por meio dos serviços complementares do SUS; e, o segundo, referente às entidades que vendem serviços no mercado privado, mas podem também desenvolver projetos em áreas de interesse público, modelo esse onde o programa aqui estudado se enquadra.

O objetivo deste capítulo é analisar o PROADI-SUS, o qual acaba por se caracterizar como expressão material da filantropia empresarial desenvolvida no setor da saúde. Na primeira seção, intitulada “Características estruturais do PROADI-SUS”, realiza-se uma apresentação geral do PROADI-SUS, com sua regulamentação e estruturação. Discorre-se que a maneira como se consolidou esse programa se configurou como uma experiência inicial no setor, não sendo reconhecidas experiências prévias como essa na gestão pública da área da saúde, o que exige uma caracterização do desenho institucional consolidado. Na segunda seção, intitulada “Caracterização dos Hospitais e ‘Critérios de Elegibilidade’ para participação no PROADI-SUS”, sistematizou-se uma caracterização dos hospitais conveniados com o programa e indicam-se critérios de autorização para tal participação. Após análise dos dados, explicitam-se como esses hospitais correspondem a grandes empresas privadas e expressivos representantes do empresariado da saúde. Na terceira seção, intitulada “Caracterização dos projetos realizados nos três primeiros triênios”, desenvolve-se uma apresentação das áreas de atuação em que foram constituídos os projetos desenvolvidos pelos hospitais, indicando-se os valores correspondentes para cada área de atuação. Por fim, na quarta seção, intitulada “Gestão do PROADI-SUS: monitoramento e avaliação do programa?”, problematiza-se como se materializaram as relações gerenciais desenvolvidas nessa relação público-privado, as formas de monitoramento e avaliação do programa, além de aspectos da relação dissonante entre hospitais e Ministério da Saúde. Essa seção se encontra dividida em duas partes, uma intitulada “Monitoramento e acompanhamento de projetos por criação de indicadores e análise de resultados” e outra “Avaliação financeira e a questão da abertura da prestação de contas”.

1. CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS DO PROADI-SUS

O Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit) e a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a) indicam que o PROADI-SUS é

[...] uma ação do Ministério da Saúde (MS) dirigida ao fortalecimento do SUS em parceria com hospitais filantrópicos de qualidade reconhecida. Essa parceria reflete o comprometimento com a melhoria da qualidade das condições de saúde da população brasileira mediante transferência, desenvolvimento e incorporação de novos conhecimentos e práticas em áreas estratégicas para o sistema (BRASIL, 2011, p. 808).

Como apresentado nos capítulos 2 e 3, o arranjo institucional estabelecido para a implementação do PROADI-SUS foi gestado nos anos 1990, no governo FHC. Por meio do Decreto n.º 2.536 de 1998, foi a primeira vez que entidades filantrópicas tiveram legalmente a possibilidade de isenções fiscais por projetos voltados ao SUS. Apesar dessa possibilidade ter sido instituída no final dos anos 1990, a regulamentação para o início das atividades de apoio ao SUS pelas entidades filantrópicas foi instituída em 2006.

Conforme o Decreto n.º 5.895/06, estabeleceu-se que a instituição de saúde filantrópica poderia, alternativamente à filantropia tradicional, realizar projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS, constituindo convênio com a União, por intermédio do Ministério da Saúde. Fica claro que esse arranjo veio sendo constituído por um processo histórico com componentes políticos, econômicos e sociais articulados entre si, ao longo da última década de 1990 e a primeira década de 2000. No entanto, a maior parte da sua regulamentação e instituição dos critérios para desenvolvimento dos projetos foram implementados nos anos 2000 e 2010, nos governos vinculados ao PT.

Essa mudança do caráter da filantropia foi marcada no documento elaborado pelos hospitais que compõem o programa, intitulado “PROADI-SUS” (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ et al., [s.d.]). Nesse, afirmou-se que o programa surgiu da convicção de que seria possível extrair alternativas da relação filantrópica que não as ações de filantropia tradicional por oferta assistencial, caracterizada no documento como no conceito de assistencialismo. Apesar da publicação não usar o conceito de conversão mercantil-filantrópica, ficou explícita essa nova expressão da relação público-privada e do setor da filantropia no texto. Declara-se ainda que,

Na saúde, o primeiro movimento foi atender e prestar serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS). A partir deste primeiro movimento, vislumbrou-se que era perfeitamente viável atingir outro patamar nesta relação. Um patamar em que, além dessa relação direta de assistência, algumas instituições com características especiais pudessem ampliar a parceria. O pressuposto básico é que estas instituições fossem de reconhecida excelência pelo Ministério da Saúde e com certificação de qualidade internacional. Para além desta certificação, elas deveriam ter, ainda, comprovada atuação nas áreas de capacitação, pesquisa, avaliação de tecnologia e tecnologia de gestão que pudessem ser aportadas ao SUS. Foi o grande diferencial. Passou-se a usar recursos oriundos da renúncia fiscal da sociedade em áreas de grande interesse e de grande impacto social, desenvolvendo atividades em áreas escolhidas pelo Ministério da Saúde. Esta é a grande contribuição que o conceito trouxe (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ et al., [s.d.], p. 6–7).

Cabe destacar no excerto, que se faz destaque a “algumas instituições com características especiais”, as quais poderiam ampliar a parceria e as intervenções no SUS, afirmando-se a instituição de “outro patamar” nessa relação dos hospitais com a esfera estatal.

Outro ponto indicado como vantagem da instituição do programa, no documento de avaliação do primeiro triênio (BRASIL, 2013a), foi de que o PROADI-SUS permitiu maior transparência quanto à atuação das entidades filantrópicas. É indicado que a modalidade de isenção fiscal por projetos já era efetivada desde o final dos anos 1990. No entanto, a falta de regulamentação não permitia nenhum envolvimento dos gestores públicos na sua regulação, controle ou destino desses serviços, considerando as prioridades definidas no SUS. Declara-se, assim, que:

[...] o programa materializou a associação entre o poder público e o setor privado que passaram a atuar juntos na busca de soluções estratégicas para superar os desafios da gestão e qualificação do SUS. Além disso, possibilita ao Ministério da Saúde (MS) o monitoramento, de forma sistemática, do emprego dos recursos da filantropia (BRASIL, 2013, p. 8).

Percebe-se uma perspectiva de que foi que a partir do PROADI-SUS que passou a ser “possível articular” tanto o interesse do setor público, a partir das necessidades identificadas previamente pelo SUS e da garantia de uma regulação estatal, como considerar a competência do hospital e recurso proveniente da isenção fiscal. Há clara referência sobre a instituição dessa parceria do Ministério da Saúde com o setor privado, explicitando a política de conciliação de classes e as “alianças necessárias” (como caracterizado no capítulo 3), presentes em diversos setores nos governos petistas. Mas, para além disso, aparece também a afirmativa da busca de certa “regulação” de uma prática já existente, em relação à qual não havia um monitoramento sistemático pela esfera estatal.

A questão sobre a ausência de regulação para este tipo de filantropia também é expressa por meio da entrevista E1:

[...] o jeito que era feita a dita filantropia é uma coisa que não nos interessava. Por exemplo, antes da regulamentação do PROADI-SUS, o Hospital do Einstein, para falar que ele era filantrópico, ele contratava um plano de saúde particular para a comunidade em Paraisópolis e falava estar fazendo filantropia. Mas, na verdade, não estava, estava apenas terceirizando a filantropia. Então tinha muito ou nenhum controle estatal sobre a forma que eles prestavam a filantropia. Então, o interesse do Ministério da Saúde foi pensar sobre como potencializar

a estratégia do Ministério para aproveitar a renúncia concedida e como a renúncia destes cinco hospitais grandes poderia potencializar os processos do SUS [...]. Então, houve de fato uma intervenção estatal para melhorar o gasto com essa renúncia. Essa foi a lógica (E1).

Fica claro que esses hospitais já gozavam da isenção fiscal anteriormente e de que foi a partir dos anos 2000, na contraditória política, que se buscavam mediações entre o capital e as políticas sociais. Cabe retomar aqui a publicação da “Carta ao Povo Brasileiro” (SILVA, 2002) que marcou que, embora de oposição à gestão anterior e que se caracterizou como de cunho popular, aquela foi uma gestão em que não houve ruptura. Percebe-se, ao discutir a implementação desse programa, que se reafirmaram as orientações do BM para que o Estado assumisse o papel de condutor dos processos de negociação e regulador da oferta de serviços públicos, não alterando as regras pré-estabelecidas, mas visando investir nas políticas públicas com “melhor destinação dos recursos”, nessa relação pré-estabelecida da esfera privada e do setor estatal.

Outro aspecto indicado como justificativa para a regulamentação do PROADI-SUS foi de que se constituiu como uma forma de direcionar os recursos da isenção fiscal para melhor atender os interesses do setor público. Declara-se que a isenção fiscal é considerada parte do orçamento público e esse programa também veio para potencializar os processos do SUS com a institucionalização e implicação da decisão governamental para melhorar a utilização desse recurso. Ainda segundo o entrevistado E1, a decisão quanto a esse arranjo institucional foi debatida pelo Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS à época. O E1 é categórico:

A renúncia, ela é uma renúncia de contribuição previdenciária. Se o Ministério abrisse mão desta renúncia [e não implementasse o PROADI-SUS], não iria reverter o valor para o Ministério [...] geralmente sempre se conseguiu o teto para o Ministério, nunca acima do teto. Então foi colocado: é possível redirecionar estes recursos? (E1).

Essa consideração foi reafirmada também no informe técnico Decit e SCTIE (BRASIL, 2011), que indicou que, por meio do PROADI-SUS e do estabelecimento da parceria público-privada, os valores de isenção de impostos poderiam ser convertidos de forma positiva quando aplicados à pesquisa e ao treinamento de recursos humanos. Fica claro que um dos argumentos para a constituição do programa foi o aspecto do financiamento.

Verifica-se, no entanto, que a busca por novas fontes de receita para a saúde não foi justificativa exclusiva para a criação do PROADI-SUS. Segundo a literatura, esse processo de busca por novos recursos foi recorrente (MENDES, 2012; NORONHA; SANTOS; PEREIRA,

2011; SILVA; VIANA, 2011). Uma justificativa para a necessidade de busca por novos recursos foi a instituição de mecanismos de desvinculação de receita das contribuições sociais, como a Desvinculação das Receitas da União (DRU), que retirou 30% do total dos recursos do Orçamento da Seguridade Social. Associou-se também a esse cenário a instituição de uma política econômica ortodoxa e à não instituição das diretrizes constitucionais para garantia do conceito de Seguridade Social.

Tem-se, como exemplo, receita de novas fontes para o setor como a Contribuição Provisória sobre Movimentação Fiscal (CPMF), a qual foi implementada de 1997–2007. Esteve em pauta, em 2008, uma proposta de tributo do bloco governista sob o nome de Contribuição Social para a Saúde (CSS)³⁰. Verifica-se que tanto a proposta de novas fontes, como a implementação do PROADI-SUS, deram-se de maneira simultâneas, expressão de alguma forma do debate do financiamento em saúde.

Os entrevistados E2, E4 e E6 fazem alusão a essa questão do financiamento em saúde associado ao PROADI-SUS. Segundo eles, o programa passou a ganhar evidência como forma de financiamento para o SUS à medida que se teve a EC n.º 95, regulamentada em 2016. O entrevistado E2 argumenta que:

O orçamento do Ministério não vai crescer para além do mínimo, que está congelado, só atualiza o valor pela inflação. Então hoje, para o Ministério, é muito mais restrito executar diretamente, entendeu? Então, o programa passa a ter um incentivo maior, porque aí eu posso executar vários projetos usando os recursos da renúncia fiscal alocados de uma maneira mais livre para execução por meio desses hospitais (E2).

Assim, explicita-se que a questão de recursos num processo histórico de subfinanciamento foi também uma justificativa para a implementação do programa. O entrevistado E2 afirma, ainda, que esse programa, no cenário de restrição orçamentária, possibilitou, inclusive, garantir investimento em outras áreas, como de pesquisa e formação. Nas palavras do entrevistado:

[...] com esse arrocho, essa restrição orçamentária tremenda sobre o Ministério da Saúde, na minha visão, a parte assistencial sempre pesa mais, porque ela tem uma pressão de demanda forte. Então as áreas de

---

³⁰ A proposta considerava que seria isento da cobrança da CSS quem recebesse um salário de até R\$3.038,00, diferindo da CPMF que era cobrada indistintamente. A proposta foi aprovada na Câmara dos Deputados, mas encontrou resistência no Senado (MENICUCCI, 2011). No mandato da Presidente Dilma Rousseff, de 2011, voltou-se a debater a volta da tributação específica para a saúde, observando-se forte oposição, principalmente pelo setor industrial (FOLHA DE SÃO PAULO, 2010, 2015).

pesquisa e capacitação, se pegar áreas assim, tendem a perder ainda mais o investimento. Essas áreas, tendendo a perder recursos de aplicação direta do Ministério, acabam por canalizar sua fonte de recurso via renúncia fiscal (E2).

Ao discutir a renúncia fiscal, Mendes e Weiller (2015) fazem a ponderação, entretanto, de que, apesar de a finalidade dessas isenções tributárias compensar gastos realizados pelos contribuintes com serviços não atendidos pelo governo (e incentivar determinado setor da economia), há uma probabilidade de que haja uma substituição das políticas públicas. Os autores afirmam que esses serviços prestados por terceiros acabam por ter um caráter diferente do objetivo do Estado — que no caso da saúde pública seria o de garantir o direito à saúde — caracterizando-se pela valorização do capital, entendendo saúde como mercadoria.

A regulamentação para o início das atividades de apoio ao SUS foi instituída em 2007, por meio da Portaria n.º 3.276/07. Para a implementação do programa, a Medida Provisória n.º 446, de 2008, dispôs sobre CEBAS e regulou os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social. Essa foi uma medida que envolveu a prestação de serviços não só na saúde, como também nas áreas de assistência social e educação, concedida às pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos, como apresentado no capítulo 3.

Estabeleceu-se, para isso, que os projetos deveriam ser apresentados pelos hospitais ao Ministério da Saúde, responsável pela análise das propostas. A Portaria n.º 2.734, de 2008 estabeleceu as regras e os critérios para Monitoramento, Avaliação e Prestação de Contas do PROADI-SUS. Ficou estabelecida a instituição de: 1) Termo de Ajuste; 2) Projeto de Apoio apresentado pela entidade habilitada; 3) Plano de Trabalho — instrumento de planejamento da execução do objeto; 4) Relatório parcial e Relatório Final elaborado pela entidade responsável pelo desenvolvimento do projeto; 5) Monitoramento e Avaliação do processo desenvolvido pela Secretaria Técnica Responsável; e, 6) Prestação de conta e elaboração de um relatório contábil. Os projetos teriam vigência máxima de três anos, constituindo-se o programa a ser executado por triênios.

Inicialmente, quando o programa foi implementado, a gestão foi realizada por meio da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. Porém, no processo de reestruturação e estabelecimento de uma nova estrutura regimental do Ministério da Saúde, foi criado o DESID (por meio da publicação do Decreto n.º 7.530 de 21 de julho de 2011)³¹, que assumiu a coordenação do programa (BRASIL, 2015).

---

³¹ Segundo documento do Ministério da Saúde, foi criado em 2009, por meio do Decreto n.º 6.860, o Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento (DESD), subordinado à Secretaria-Executiva (SE), o qual passou a se

O PROADI-SUS, dentro desse departamento, ficou sob a Coordenação Geral de Programas e Projetos de Cooperação Técnica (CGPC). A Coordenação Geral era subdividida na Coordenação de Projetos de Cooperação Internacional (CPCI) e Coordenação de Projetos de Cooperação Nacional (CPNC), essa última responsável pela gestão do programa em questão, desde então até a atualidade. Na Figura 3, apresenta-se o organograma do DESID.

Figura 3 - Organograma de funcionamento do DESID (estrutura aprovada no Decreto n.º 8.065/2013)

Fonte: MS/DESID (2013).

Destacou-se, no organograma de funcionamento do DESID, as instâncias a que o PROADI-SUS está vinculado com tom de cinza. Cabe observar aqui que, com as transformações na forma de reprodução social e na maneira de se constituir a lógica do direito, houve a necessidade de transformações na forma-estatal e forma-jurídica. Obviamente que essa mudança não ocorreu de maneira pontual e localizada por meio da constituição de um único arranjo institucional, mas se refletiu nessa reorganização do aparato político, como descrito nesta tese.

---

denominar Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (DESID), por meio da publicação do Decreto n.º 7.530 de 21 de julho de 2011. No entanto, teve a formalização da estrutura organizacional e competências através do art. 9º do Decreto n.º 8.065, de 7 de agosto de 2013 (BRASIL, 2015).

Os entrevistados E2, E4, E5 e E7 mencionaram que o PROADI-SUS configurou-se como uma experiência inicial nesse formato de programa, não sendo reconhecidas experiências prévias semelhantes na gestão pública no setor da saúde. Nas palavras do entrevistado E2:

[...] eu penso que esse foi, realmente, o primeiro programa envolvendo renúncia fiscal dessa natureza no SUS. Aí depois veio outro, que envolve imposto de renda, que é o PRONAS. Mas enfim, o PROADI foi o primeiro [...], daí abriu as portas para outras experiências semelhantes (E2).

Observa-se, assim, a implementação do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON) e do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD), os quais também ficaram sob responsabilidade da mesma coordenação, a partir de 2013, e que reproduzem a implementação dessa forma de política para o setor de filantropia.

Segundo o Ministério da Saúde, PRONON e o PRONAS/PCD, implementados em 2012, por meio da Lei n.º 12.715/2012, foram desenvolvidos para:

[...] incentivar ações e serviços desenvolvidos por entidades, associações e fundações privadas sem fins lucrativos, que atuam no campo da oncologia e da pessoa com deficiência. O intuito é ampliar a oferta de serviços e expandir a prestação de serviços médico-assistenciais; apoiar a formação, o treinamento e o aperfeiçoamento de recursos humanos — em todos os níveis; e realizar pesquisas clínicas, epidemiológicas, experimentais e socioantropológicas (BRASIL, 2020c).

Reforça-se, assim, a afirmativa de que o PROADI-SUS marcou o avanço da conversão mercantil-filantrópica no setor da saúde, estendida posteriormente a outros programas. Por meio da fala dos entrevistados e da observação da data da Lei de regulamentação dos demais projetos, constata-se referência de que esse arranjo inédito no setor da saúde de concessão de certificação de filantropia, por meio da execução de projetos, foi posteriormente transposto para outras áreas de atuação da saúde.

Retomando a análise especificamente ao PROADI-SUS, à execução de projetos no âmbito do Programa, há a atuação de diversos órgãos, dentre os quais podem ser destacados: i) Comitê Gestor do PROADI-SUS (composto pelo Ministro da Saúde, Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde — CONASS— e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde — CONASEMS); ii) Comitê Técnico do PROADI-SUS (inicialmente denominado comitê de avaliação); iii) Secretaria-Executiva do MS; e, iv) áreas técnicas do MS.

Segundo documentos institucionais (BRASIL, 2020a), verificou-se que, ao Comitê Gestor do PROADI-SUS, cabe principalmente deliberações relacionadas à aprovação das propostas de projetos de apoio. O Comitê Técnico do PROADI-SUS é a instância colegiada que presta assessoria ao Comitê Gestor. A Secretaria-Executiva possui atribuições próprias voltadas à realização da gestão administrativa do PROADI-SUS; ao apoio administrativo dos Comitês Gestor e Técnico; ao atesto do valor anual executado pelos hospitais; e, à promoção da articulação das áreas demandantes de projetos e os hospitais de excelência, dentre outras.

Por meio das atas do Comitê Gestor, verificou-se que, na sua criação, foi pontuada a importância da melhoria do Programa, considerando seu caráter estratégico. Determinou-se, em maio de 2011, a necessidade de o recém-criado Comitê Gestor iniciar a avaliação quanto aos projetos já executados e em vigência, sendo indicado que a regulamentação anterior apresentava “fragilidades no acompanhamento/ monitoramento”, aspecto esse que será discutido de maneira mais detalhada na quarta seção deste capítulo.

Cabe destacar que um elemento para a criação do PROADI-SUS foi a necessidade de uma maior regulação do setor estatal com essa forma de filantropia, instituindo um “outro patamar” na relação do Ministério com os hospitais considerados estratégicos. No entanto, quase no final do primeiro triênio, houve a constatação de uma fragilidade no acompanhamento/monitoramento, inclusive marcada com a criação do Comitê Gestor.

A Lei n.º 12.101/09 reafirmou as áreas de atuação para desenvolvimento dos projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS estabelecidas pela Portaria n.º 3.276/07. A Lei apresentou quatro áreas admissíveis para submissão dos projetos, que abrangiam: I — área de estudos de avaliação de incorporação de tecnologia; II — área de capacitação de recursos humanos; III — área de pesquisas de interesse público em saúde; e, IV — área de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde. Essas funções têm sido tradicionalmente exercidas pela esfera estatal de administração direta, sendo que o programa acabou por ampliar a relação público-privada nestas outras esferas das políticas públicas, além de ampliar a atuação do campo da filantropia para além da esfera assistencial como dito anteriormente.

A partir dessas áreas de atuação, a cada triênio foram relacionados os temas prioritários para aquele período, conforme Quadro 1, com descrição dos objetivos esperados para cada um desses.

Quadro 1 - Indicação dos temas prioritários do PROADI-SUS, estabelecidos para o triênio 2009–2011, o triênio 2012–2014 e o triênio 2015–2017

Triênio	Temas prioritários
2009–2011	1) Estudos de Avaliação e Incorporação de Tecnologia; 2) Capacitação de Recursos Humanos; 3) Pesquisas de interesse público em saúde; 4) Desenvolvimento de Técnicas e Operações de Gestão em Serviços de Saúde 5) Prestação de Serviços de Assistência.
2012–2014	1) Promoção do acesso, qualidade, integralidade e cuidado em rede; 2) Financiamento e Gestão do SUS; 3) Inovação Científica e Tecnológica; 4) Desenvolvimento de Profissionais e Trabalhadores do SUS
2015–2017	1) Promoção do acesso, qualidade, integralidade e cuidado em rede 2) Políticas, gestão, comunicação e financiamento do SUS 3) Pesquisa de interesse público em saúde SUBTEMA I — Inovação científica e tecnológica SUBTEMA II — Saúde Coletiva SUBTEMA III — Doenças crônicas não-transmissíveis e agravos à saúde SUBTEMA IV — Doenças transmissíveis SUBTEMA V — Emergência e Medicina Intensiva 4) Desenvolvimento de profissionais e Trabalhadores do SUS

Fonte: Ministério da Saúde. Elaboração própria.

Em 2017, houve a instituição da Portaria de Consolidação n.º 5/17, executada pelo Ministério da Saúde. Por meio da leitura da nova regulamentação e da ata do Comitê Gestor de junho de 2017, verificou-se que algumas das questões que estavam sendo problematizadas à época envolviam a necessidade de estabelecer, de maneira mais clara, alguns critérios do programa. Indicou-se que os projetos seriam orientados pelos objetivos do Plano Nacional de Saúde, não havendo mais necessidade de publicação da portaria específica fixando os Temas e Objetivos Prioritários.

Verifica-se, assim, que foi, após oito anos de sua instituição, ao final do terceiro triênio (período aqui estudado), que o programa foi tendo novo contorno e maior delineamento. A seguir, apresenta-se uma caracterização dos hospitais que compõem o PROADI-SUS e alguns aspectos dos critérios de sua elegibilidade.

2. CARACTERIZAÇÃO DOS HOSPITAIS E “CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE” PARA PARTICIPAÇÃO NO PROADI-SUS

Há duas normativas iniciais para regulamentação do CEBAS: a Medida Provisória MP n.º 446/08, em 2009; e a Lei n.º 12.101, de 2009 (BRASIL, 2009), a qual mantém na aprovação da lei praticamente todas as regulamentações do texto original da MP.

Como critério de elegibilidade, ficou estabelecido que a instituição deveria ser de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, reconhecidas como entidades beneficentes de assistência social, com a finalidade de prestação de serviços nas áreas de assistência social, saúde ou educação. Além disso, ficou determinado que:

Art. 11. A entidade de saúde de reconhecida excelência poderá, alternativamente, para dar cumprimento ao requisito previsto no art. 4.º, realizar projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS, celebrando ajuste com a União, por intermédio do Ministério da Saúde, nas seguintes áreas de atuação:

I — estudos de avaliação e incorporação de tecnologias;

II — capacitação de recursos humanos;

III — pesquisas de interesse público em saúde; ou

IV — desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde.

§ 1.º O Ministério da Saúde definirá os requisitos técnicos essenciais para o reconhecimento de excelência referente a cada uma das áreas de atuação previstas neste artigo.

§ 2.º O recurso despendido pela entidade de saúde no projeto de apoio não poderá ser inferior ao valor da isenção das contribuições sociais usufruída.

§ 3.º O projeto de apoio será aprovado pelo Ministério da Saúde, ouvidas as instâncias do SUS, segundo procedimento definido em ato do Ministro de Estado (BRASIL, 2009).

Tanto o informe técnico do Decit e SCTIE (BRASIL, 2011), como o site do Ministério da Saúde (BRASIL, 2021), referem que o termo “excelência” para as instituições que participam dos benefícios de isenção nesses moldes foi cunhado a partir da Lei n.º 12.101/2009. De acordo com ambas as fontes, esse termo passou a ser utilizado por essas instituições no sentido de reconhecer que foram habilitadas pelo MS e cumprem os requisitos para a apresentação dessa nova forma de acesso à isenção fiscal por realização de projetos de apoio ao SUS.

Apesar de a lei atribuir o termo “excelência” para as instituições que participam desse tipo de benefícios de isenção, não estão discriminados os critérios de elegibilidade. Estabelece-se apenas que as “[...] entidades de saúde que venham a se beneficiar da condição prevista de excelência poderão complementar as atividades relativas aos projetos de apoio, com a prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares ao SUS não remunerados, mediante pacto com o gestor local do SUS” (BRASIL, 2009, on-line).

Dois dos quatro atores entrevistados do Ministério da Saúde (E2 e E3), o entrevistado vinculado ao CONASEMS (E4) e um dos entrevistados do setor privado (E5) indicaram que a questão dos critérios de elegibilidade não estava estabelecida com critérios claros à época. As

ponderações sobre a inespecificidade dos critérios de elegibilidade foram explicitadas também pela decisão do STF, que declarou inconstitucionalidade formal de diversos dispositivos da Lei n.º 12.101/2009, marco legal da CEBAS (STF, 2020). Pontua-se, na decisão do STF, ser necessário lei complementar para regulamentar o modo beneficente de atuação, além de uma revisão legislativa da política. Esse processo foi protocolado em outubro de 2010, julgado dez anos depois, em março de 2020.

Outro destaque a ser feito é que, por meio da Lei n.º 12.101/09, a política de certificação da pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos foi dividida em três áreas de atuação: educação, saúde e assistência social (como já apresentado no capítulo 3). Isso regulamentou que a análise e a decisão sobre os requerimentos de certificação passaram a ser competência do Ministério da Educação, do Ministério da Saúde e do então Ministério do Desenvolvimento Social, levando a um processo de vertentes autônomas de regulamentação das entidades sem fins lucrativos (BRASIL, 2019).

Em 2010, por meio do Decreto n.º 7.237/10, alterado pela Portaria n.º 939/11 de 2011, foi estabelecido que, para a solicitação de reconhecimento de excelência, deve-se ter CEBAS e Certificado de Acreditação Hospitalar, em seu nível mais elevado. Além disto, a entidade deveria comprovar efetiva capacidade institucional para apresentação de projeto nas áreas de atuação. Apesar de haver a normatização jurídica, não há clareza sobre os critérios técnicos adotados que subsidiaram a escolha dos seis hospitais para início do programa.

Foi indicado, por uma pessoa do Ministério da Saúde, que havia uma decisão do programa “ficar desse tamanho” (E3), sem a intenção de expandir o número de hospitais de excelência com renúncia fiscal a serem tratados, nos moldes delineados no PROADI-SUS. Os entrevistados E4 e E5 justificaram, nesse sentido, que tanto representantes do CONASS como do CONASEMS não tinham interesse que mais hospitais recebessem a certificação e adentrassem nessa modalidade de isenção fiscal, para não haver desassistência. Indicou-se que a mudança na forma de realização da filantropia de instituições que já tinham a certificação por meio do modelo de prestação de assistência poderia impactar na oferta de serviços pactuados nos municípios.

Mas essa questão de ampliação do programa parece não ser homogênea entre os atores envolvidos. O entrevistado E4 indica que a questão de ampliação do PROADI-SUS foi algo defendido pela então gestão do Ministério. Ele afirma que:

O Ministério, na gestão anterior e na gestão atual, já tentou sensibilizar para a entrada de novos hospitais, mas qual é a colocação: um hospital

que é filantrópico, que presta sessenta por cento dos seus serviços para o SUS, na tabela SUS, se ele for para o PROADI e executar trinta por cento na tabela dele, vai reduzir a assistência e muito, tá? Para aonde vai aquele número de procedimentos, serviços, internações que aquele hospital estava fazendo para o SUS? Quem vai fazer? Onde vai fazer? (E4).

A questão da oferta de serviços assistenciais e a dificuldade de acesso da população por haver uma demanda reprimida nos atendimentos da rede pública é um dos argumentos para restrição de entrada de novos hospitais no PROADI-SUS. No entanto, cabe destacar dois elementos centrais nessa fala: para além de redução dos recursos que envolveriam os atendimentos assistenciais propriamente ditos, considerando a filantropia tradicional e a proposta de realização de projetos em áreas prioritárias, a filantropia tradicional é calculada na prestação de serviços a partir da tabela SUS, e a realização de projetos é calculada na tabela de mercado. Assim, a redução se daria duplamente, considerando tanto o direcionamento dos recursos para outras áreas, como uma oferta de serviços menor por contar com procedimentos mais caros, aspecto esse que será detalhado na terceira seção deste capítulo.

Portanto, a ponderação sobre o tamanho que o programa constituiria e a indicação de uma restrição de uma ampliação pode ser expressa pelo relato do entrevistado E4:

Então, a ideia era tirar a escada e não deixar chegar nesse projeto [...] para que, de fato, não gere desassistência no Sistema Único de Saúde, para evitar que todos queiram migrar para essa modalidade de isenção fiscal, pois a capacidade institucional para trabalhar com esse programa, do Ministério, era limitada (E4).

A partir dessa fala tanto aspectos da desassistência, como novamente questões referentes à possibilidade do Ministério em fiscalizar as ações estão em destaque. Marca-nos a analogia de “tirar a escada” num contraditório processo de que esse seria um programa que “reflete o comprometimento com a melhoria da qualidade das condições de saúde da população brasileira” (BRASIL, 2011, p. 808), como afirmado em nota técnica, mas que exige limitação para acesso nessa modalidade de filantropia.

Para limitar a entrada de novos hospitais ao programa, o entrevistado E3 destaca o inciso § 5.º do artigo 11, da Seção I da Saúde, da Lei n.º 12.101/2009. Esse inciso estabelece que a participação das entidades de saúde em projetos de apoio previstos “[...] não poderá ocorrer em prejuízo das atividades beneficentes prestadas ao SUS” (BRASIL, 2009).

Segundo o entrevistado, essa cláusula efetivou a impossibilidade de novas instituições enquadrarem-se no programa, considerando aquelas que já certificaram de filantropia e tinham que realizar 60% por ações assistenciais no SUS.

Ao ser questionado a respeito dos critérios de elegibilidade, foi ponderado pelo entrevistado E5 que essa lei regulamentou os grandes hospitais, que na década de 1990 passaram a ser considerados como hospitais estratégicos e apresentavam a figura jurídica de filantropia, mas que, na prática, não realizavam a oferta de atendimentos ao SUS igual ou superior a 60% do total disponível no respectivo hospital, como estabelecido em lei.

Constata-se que essas afirmações estão em sintonia com o Relatório da Oficina de Avaliação do 1º Ciclo PROADI-SUS (BRASIL, 2013a), o qual afirma que o programa se caracterizou como uma alternativa de monitoramento do emprego dos recursos da filantropia que já estavam em curso. Novamente explicita-se a perspectiva de o programa ter um viés que visou “regularizar” sua situação já corrente de um conjunto de grandes hospitais que recebiam certo “privilegio”, que recebiam a concessão de filantropia, mas não se enquadravam nos moldes filantrópicos assistenciais. Neste sentido, o entrevistado E4 afirma que:

[...] se você me perguntar por que os cinco, eu não sei te dizer, tá? Isso foi uma decisão presidencial da época de falar. Olha, esses cinco vão fazer e nós vamos dar isenção. Obviamente, eram os cinco hospitais que tinham maior poder político na época e queriam outra forma que não a de prestar assistência (E4).

Permanecem inespecíficos os critérios para “entrar no PROADI-SUS”. A afirmação marca como foi algo referente a uma “escolha presidencial”, com a instituição de concessão da certificação de “excelência” nessa modalidade de filantropia, vinculado a influências políticas e econômicas dessas instituições, não se configurando como critérios “técnicos” e com clareza para a elegibilidade. Isso vai ao encontro da afirmativa do entrevistado E3, que indica que:

Esses hospitais aí nasceram dentro do PROADI, eles não entraram no PROADI. Tem uma diferença que não é só semântica. Eles não tiveram que se submeter a essa Lei para entrar no PROADI, eles já nasceram dentro do PROADI, eles já nasceram com o reconhecimento de excelência, com os termos de ajuste assinado (E3).

Apesar de ser necessário o debate do critério de elegibilidade, fica claro que o programa se constituiu de maneira a abarcar a necessidade de regularizar ações de um conjunto de atores pré-determinados. Questiona-se, aqui, entretanto, se os hospitais nasceram dentro do PROADI ou se o PROADI nasceu a partir dessa relação público-privada já estabelecida.

Cabe retomar a ponderação de Gerschman et al. (2003) que problematizam que esse novo arranjo instituído em 1998, com a possibilidade de isenção fiscal por projetos, parecia apontar saída para grandes hospitais ou para aqueles com forte presença na alta complexidade, e que não apresentavam maior dependência do SUS, e vice-versa. Os autores questionam, à época, que essa redefinição da condição de filantropia “torna-se mutante e sujeito às pressões de atores conflitantes” (GERSCHMAN et al., 2003, p. 281).

“Nasceram dentro do PROADI-SUS” ou, se cabe aqui fazer a ponderação “o PROADI-SUS nasceu a partir desta relação público-privada já estabelecida” com seis hospitais:

- Hospital Alemão Oswaldo Cruz (SP);
- Hospital do Coração (HCor – SP);
- Hospital Israelita Albert Einstein (SP);
- Hospital Moinhos de Vento (RS);
- Hospital Samaritano (SP);
- Hospital Sírio Libanês (SP).

Destaca-se, entretanto, que, em 2015, a Amil, vinculada à empresa estadunidense United Health, comprou o Hospital Samaritano (COLLUCCI; FREITAS, 2015; KOIKE, 2015; OLIVEIRA, 2017)³². Portanto, por se tornar uma empresa com fins lucrativos, o Hospital Samaritano acabou por ser desvinculado do PROADI-SUS, ao final do terceiro triênio, fixando a obrigação do hospital de finalizar os projetos em andamento, conforme o que inicialmente havia sido pactuado.

Cabe frisar que embora indicado que o Hospital Samaritano iria ser descredenciado ao final do triênio, esse continuou recebendo recursos do SUS por meio do desenvolvimento dos projetos em andamento, já sendo um hospital privado com capital internacional, considerando sua compra em 2015 até o final do triênio em 2017. Trata-se de algo significativo e descaracterizaria qualquer concepção de filantropia prevista na então regulamentação. No entanto, retoma-se a perspectiva apresentada no Capítulo 1, que considera como central a relação orgânica entre o Estado e o grande capital. Apesar de uma aparente dissociação e o Estado se apresentar como “vontade geral” abstrata, em momentos de crise do capital essa aparência fica menos explícita, o Estado e o capital expressam uma maior interação.

---

³² A publicação da Lei n.º 13.097/2015 abriu espaço para fusões e aquisições no setor da saúde pelo capital estrangeiro. Essa lei permite a exploração na área da saúde por empresas e capitais estrangeiros através da instalação, operacionalização ou exploração de hospitais (inclusive filantrópicos) e clínicas; permite a atuação do capital estrangeiro em ações e pesquisas de planejamento familiar; e, organização de serviços de saúde exclusivos para atendimento aos funcionários de empresas (CISLAGHI, 2015; MENDES, 2015).

Em novembro de 2016, quando se oficializou a saída do Hospital Samaritano do PROADI-SUS, indicou-se o processo de reconhecimento de excelência da Real Benemerita Associação Portuguesa de Beneficência de São Paulo, com vista à habilitação para apresentação de projetos de apoio no âmbito do PROADI-SUS. Na ata de maio de 2017, o então presidente do CONASS fez alusão à preocupação com a concentração de recursos no Estado de São Paulo e com a entrada de novos hospitais no programa (a exemplo da Beneficência Portuguesa).

A despeito disso, em dezembro de 2017, houve a indicação de que a Associação Portuguesa de Beneficência de SP teria o selo de qualidade, sendo considerado “Hospital de Excelência”. Entretanto, não teria relação com esse tipo de benefício fiscal e, por consequência, não executaria projetos via PROADI-SUS. Essa é uma afirmativa importante a se considerar sobre a inespecificidade da elegibilidade do programa, pois foi nesse momento, pela primeira vez, que apareceu em documentos institucionais uma diferenciação entre “estar inserido no PROADI-SUS” ou “ter o reconhecimento de excelência”.

Nas atas do Comitê Gestor de setembro e de dezembro de 2017, há também a indicação de pedidos para reconhecimento de excelência do Hospital de Recife, Hospital Pequeno Príncipe, AC Camargo, Hospital Ary Frauzino (RJ), Hospital de Caridade Doutor Astrogilso de Azevedo (RS), Hospital Evangélico (ES), Hospital de Câncer de Barretos, Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto, Real Hospital Português de Beneficência Recife (PE) e Hospital Felício Rocho (MG). Da maneira como está redigida na ata, há certa inespecificidade sobre as instituições, o que dificulta, inclusive, o levantamento e a caracterização além de uma análise pormenorizada do processo.

Apesar de várias ponderações de não se ter um interesse em ampliação do programa via regulamentação jurídica, atas ou via as entrevistas, não ficaram claros os critérios de elegibilidade: por que esses seis hospitais conseguiram “subir as escadas”, parafraseando um dos entrevistados, “ou já nasceram dentro do PROADI?”, para desenvolver esse novo modelo de filantropia na área da saúde?

Devido à impossibilidade de obter uma resposta clara a esses questionamentos, buscou-se caracterizar as instituições em questão. Todas correspondem a hospitais que praticam medicina de alta complexidade. Essas têm vinculação com o setor privado, envolvendo seguradoras, operadoras e atendimentos diretos. Pode-se afirmar, também, instituições de grande porte, que concentram grande parte do capital no setor privado da saúde. Outra característica comum é que esses hospitais estão diretamente relacionados com o setor financeiro na saúde. Todos têm uma diversidade de ação, como atenção à saúde, mas também

desenvolvimento de pesquisa e formação no setor, espaço esse que também se expressa no âmbito privado.

Dos seis hospitais, cinco estão localizados na capital do estado de São Paulo. O Hospital Moinhos de Vento está sediado em Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul. A concentração nas regiões sul e sudeste do país coincidente com a sistematização dos dados de mapeamento georreferenciado das entidades com CEBAS Educação, a qual indica maior concentração de concessão desse tipo de certificação para essas regiões (BRASIL, 2019).

A lógica empresarial e gerencial dessas instituições é reafirmada nos materiais de publicação, onde definem a missão, visão e valores da empresa e apresentam a estrutura de governança corporativa. Apenas como alguns exemplos da lógica gerencial de mercado, há referências sobre realização da Pesquisa de Clima empresarial com o capital humano da empresa (Hospital Samaritano) e Programa de Inovação e Empreendedorismo (HOSPITAL SAMARITANO, 2016). O Hospital Moinhos de Vento faz referência à conquista do 6.º lugar na classificação das Melhores Empresas para trabalhar no Rio Grande do Sul, categoria Organizações de Grande Porte, e da 4.ª posição do *ranking* Melhores Empresas para Trabalhar em Saúde (HOSPITAL MOINHOS DE VENTO, 2018). O Hospital Alemão Oswaldo Cruz indica a importância de fortalecimento da marca, investindo em comunicação e marketing, “[...] de olho no posicionamento de mercado da organização e na ampliação de sua presença em ambiente digital, impactando atuais e novos pacientes” (OSWALDO CRUZ, 2018, on-line).

De modo a caracterizar os hospitais, foram sistematizados alguns dados como identificação do hospital, data de fundação, município em que o hospital se encontra, profissionais vinculados, número de exames realizados e leitos disponível (Quadro 2).

Quadro 2 - Caracterização dos Hospitais inseridos no PROADI-SUS, considerando data de fundação, município, número de profissionais, número de exames anual e leitos disponíveis em 2017*

Nome hospital	Data fundação	Sede	Profissionais vinculados	Número de exames anual	Leitos
Hospital Alemão Oswaldo Cruz	1897	São Paulo	2.900 colaboradores 3.900 médicos cadastrados	41.476	350
Hospital do Coração	1978	São Paulo	1.600 médicos credenciados		250
Hospital Israelita Albert Einstein	1955	São Paulo	13.200 colaboradores 9.415 médicos credenciados	8.064.084	627
Hospital Moinhos de Vento	1927	Porto Alegre	4.244 colaboradores 2.887 médicos credenciados	300.679	434
Hospital Samaritano*	1894	São Paulo	2.531 colaboradores	2.700.000	316

			5.898 médicos credenciados		
Hospital Sírio Libanês	1921	São Paulo e Brasília	6.662 colaboradores 4.588 médicos cadastrados	418.400	469

*Os dados do Hospital Samaritano são referentes ao ano de 2015, antes da compra pela Amil.

Fonte: Relatório de sustentabilidade 2017 do Hospital Alemão Oswaldo Cruz; Hospital do Coração excelência médica e cuidado integral a saúde 2017; informações ao Paciente Saúde Hcor 2017; Relatório Sustentabilidade 2017 do Hospital Israelita Albert Einstein; Relatório Anual 2017 do Hospital Moinhos de Vento; Relatório de Responsabilidade Social de 2015 do Samaritano; Relatório de Sustentabilidade 2017 do Hospital Sírio Libanês. Elaboração própria.

Ao se considerar os leitos não SUS no município de São Paulo, a soma desses, cinco hospitais correspondem a 11,57% dos leitos disponíveis. Pode-se observar que os hospitais têm grande número de profissionais vinculados, seja de trabalhadores contratados pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (colaboradores), seja de médicos cadastrados. O hospital com maior contingente de trabalhadores celetistas contratados e médicos credenciados é o Hospital Israelita Albert Einstein, com 13.200 colaboradores, 9.415 médicos credenciados e realização de 8.064.084 exames, anualmente.

Interessante notar que todos os hospitais se referem a colaboradores, o que é reafirmada no gerenciamento empresarial atual e que reforça a afirmação desses serem representantes do empresariado do setor. Há uma grande dificuldade de acesso ao demonstrativo financeiro das instituições, com ausência de respostas e entrega de documentação nesse sentido após solicitação pela pesquisadora.

Para além do atendimento no setor suplementar, vários desses hospitais têm convênios com secretarias municipais e fazem a gestão dos serviços de saúde por meio da figura jurídica de Organização Social em Saúde.

O Hospital Albert Einstein é responsável pela operação de 23 equipamentos públicos de saúde na cidade de São Paulo: dois hospitais, 13 Unidades Básicas de Saúde (UBS), três Assistências Médicas Ambulatoriais (AMA), três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e uma unidade do Serviço de Residência Terapêutica (SRT) (HOSPITAL ALBERT EINSTEIN, 2018).

O Hospital Sírio Libanês tem sob sua responsabilidade quatro equipamentos públicos estaduais e um municipal: Hospital Municipal Infantil Menino Jesus, Hospital Geral do Grajaú, Hospital Regional de Jundiaí, AME Dra. Maria Cristina Cury, Serviço de Reabilitação Lucy Montoro Mogi Mirim (HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS, 2018).

O Hospital Alemão Oswaldo Cruz faz a gestão do Complexo Hospitalar dos Estivadores, em Santos (SP) (OSWALDO CRUZ, 2018). E o Moinhos de Vento faz gestão do

Hospital Restinga e Extremo-Sul (HRES) (HOSPITAL MOINHOS DE VENTO, 2018). Todos os hospitais indicam ter um Instituto de Pesquisa e Ensino. O Quadro 3 sistematiza algumas informações disponibilizadas pelas instituições, de modo a dimensionar o tamanho de sua oferta de serviços nesta área.

Quadro 3 - Apresentação de dados referentes à produção científica e às atividades de ensino dos seis hospitais que integram o PROADI-SUS, conforme informações de 2017*

Hospital Alemão Oswaldo Cruz	
Eventos científicos	65 eventos
Publicações em periódicos científicos	64 publicações
Reuniões científicas	656 encontros
Cursos técnicos	305 alunos
Cursos de graduação	2 cursos
Cursos de Pós-graduação	10 cursos
Hospital do Coração	
Educação permanente e	
Ensino baseado em simulação	
Programas de Residência	4 cursos
Hospital Israelita Albert Einstein	
Unidades de ensino (SP, RJ e BH)	24.461 alunos / 8 unidades
Cursos técnicos	713 alunos
Cursos de graduação	443 alunos / 2 cursos
Curso de atualização profissional	1924 alunos
Treinamentos no Centro de Simulação Realística	11.636 alunos
Cursos de ensino a distância	5.710 alunos
Cursos de pós-graduação	4.002 alunos
Eventos científicos	14.532 participantes
Publicações em periódicos científicos	717 publicações
Instituto de Educação e Pesquisa Hospital Moinhos de Vento	
Cursos de Pós-graduação	600 alunos / 20 cursos
Residências Médica	44 residentes / 10 programas
Curso EAD	5.500 alunos / 3 cursos
Eventos e reuniões científicas	5172 participantes
Hospital Samaritano*	
Cursos de aperfeiçoamento	17
Treinamentos assistenciais	8.484 alunos
Reuniões clínicas	380 encontros
Eventos científicos	30 encontros
Publicações em periódicos científicos	7 publicações
Hospital Sírio Libanês	
Cursos de Pós-graduação	443 alunos / 17 cursos
Programa em Gestão de Tecnologia e Inovação em Saúde (Mestrado Profissional)	25.396 alunos
Programas de Residências	363 participantes / 23 programas
Reuniões científicas	45.022 participantes

*Os dados do Hospital Samaritano são referentes ao ano de 2015, antes da compra pela Amil.

Fonte: Relatório de sustentabilidade 2017 do Hospital Alemão Oswaldo Cruz; Hospital do Coração excelência médica e cuidado integral a saúde 2017; Relatório Sustentabilidade 2017 do Hospital Israelita Albert Einstein; Relatório Anual 2017 do Hospital Moinhos de Vento; Relatório de Responsabilidade Social de 2015 do Samaritano; Relatório de Sustentabilidade 2017 do Hospital Sírio Libanês. Elaboração própria.

É perceptível que todos os hospitais trabalham no setor educacional, com a oferta de cursos técnicos, de graduação e/ou pós-graduação. Todos esses, de alguma forma, têm investimentos no âmbito acadêmico, com produção de artigos em revistas nacionais e internacionais, e apresentação de trabalho em congressos. Há menção de pesquisa de ensaios clínicos, estudos de coorte, revisão sistemática e estudos de melhoria de qualidade assistencial.

Cabe destacar, aqui, a referência do avanço do universo simbólico da cultura empresarial como Stotz e Araujo (2004) e Catini (2020) indicaram tanto para o setor saúde como para o setor da educação. Esses espaços são apresentados como educação corporativa, termo também usado para referência de educação empresarial. O que se explicita, aqui, é um grande setor educacional privado dessas instituições, com cursos de graduação, pós-graduação, programas de residências, cursos EAD e capacitação interna dos colaboradores. Ao se observar esses dados, pode-se afirmar que esses hospitais correspondem a grandes empresas privadas e expressivos representantes do empresariado da saúde.

Conclui-se que, para além dos critérios “técnicos” de elegibilidade que possam ser configurados, a “escada” foi estabelecida por questões políticas e de influência do grande capital no setor, representados pelo grande empresariado da saúde.

3. CARACTERIZAÇÃO DOS PROJETOS DOS TRÊS PRIMEIROS TRIÊNIOS

A partir da análise dos dados, constatou-se que nos três triênios foram realizados 407 projetos, totalizando um valor de R\$3.377.444.187,62³³ (Tabela 3).

---

³³ Para exemplificar algumas divergências identificadas sobre esse dado, no capítulo de livro “Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único: análise quali-quantitativa” (MORAIS et al., 2020), é indicado que o recurso de renúncia fiscal referentes ao PROADI-SUS no período de 2009 a 2017 totalizou R\$ 4.012.643.748,25, em valor corrente. Segundo o site do PROADI-SUS (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ et al., 2019), é apontado que para o mesmo período os hospitais de excelência investiram cerca de R\$4,6 bilhões no SUS. Se fôssemos considerar a somatória dos valores correntes disponibilizados para a pesquisadora, sem deflacioná-los, o valor corresponderia a R\$3.858.362.333,20. Como apresentado na introdução desta tese, utilizou-se como base para a presente análise os projetos que estavam disponibilizados nas planilhas com especificação dos recursos financeiros. Analisou-se que essa imprecisão e a presença de divergência nos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde e publicações referentes ao programa já podem ser considerados um dado significativo da pesquisa. Um indicativo por diferentes métodos da coleta de dado foi de que, apesar desse novo arranjo institucional ser referido como um dos principais programas e modelo para a implementação de novas políticas ministeriais, com a meta inclusive de aumentar a transparência das ações das instituições filantrópicas, houve uma significativa fragilidade na gestão do programa, pouca transparência e uma imprecisão das informações.

Tabela 3 - Indicação do número de projetos e os valores de isenção fiscal de cada uma das instituições que compõem o PROADI-SUS, considerando o triênio 2009–2011, o triênio 2012–2014, o triênio 2015–2017 e referência total para o período estudado

Nome da Instituição	Triênio 2009–2011		Triênio 2012–2014		Triênio 2015–2017	
	Número de projetos	Valor em R\$	Número de projetos	Valor em R\$	Número de projetos	Valor em R\$
Hospital Alemão Oswaldo Cruz	15	66.556.108,27	17	107.834.578,08	18	164.029.188,61
Hospital do Coração	27	50.103.396,57	33	88.671.330,	28	126.683.739,30
Hospital Israelita Albert Einstein	32	274.780.267,25	41	442.417.245,89	23	727.123.746,39
Hospital Moinhos de Vento	4	50.530.487,92	7	105.928.058,99	18	188.689.067,34
Hospital Samaritano	21	33.473.033,05	26	88.711.992,64	14	123.569.581,14
Hospital Sírio Libanês	25	124.814.965,89	25	181.371.249,17	33	432.156.150,38
Total por triênio	124	600.258.258,93	149	1.014.934.455,53	134	1.762.251.473,16
Total do programa	407 projetos					
	3.377.444.187,62					

Fonte: Ministério da Saúde. Elaboração própria.
Dados em Reais, deflacionado a partir do IPCA dez/2017.

Como pode ser observado na tabela, no primeiro triênio, no período de 2009 a 2011, foram desenvolvidos 124 projetos, considerando recursos de isenção fiscal num valor de R\$600.258.258,93³⁴. Para o segundo triênio, no período de 2012 a 2014, foram desenvolvidos 149 projetos, considerando recursos de isenção fiscal num valor R\$1.014.934.455,53³⁵. E para

³⁴ Para exemplificar as divergências encontradas e a imprecisão nos dados, cabe referir que apesar dos dados citados terem sido organizados com base na planilha disponibilizada pelo Ministério da Saúde, no contraponto existem as atas do Comitê Gestor de junho e agosto de 2011, onde se indica a realização de 136 projetos para o triênio, e não 124. Já no site do Ministério da Saúde (acessado em 10/11/2019) e no Relatório da Oficina de Avaliação do 1º Ciclo do PROADI-SUS (BRASIL, 2013a), estavam listados 119 projetos para esse triênio, com um total de R\$900.771.426,00. No documento produzido pelos hospitais de excelência “PROADI-SUS” (s./n.), faz-se referência à realização de 120 projetos. Nos anais de congresso “Caracterização dos projetos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde nos triênios de 2009–2011 e 2012–2014” (MORAIS; ROSA; ARAGÃO, 2019), os autores referem um total de 123 projetos, a partir da coleta de dados nos relatórios de prestação de contas dos projetos executados, mas afirmam ser possível acessar dados apenas de 119 projetos, com um total de R\$ 858.820.508,11. No capítulo de livro “Programa de apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único: análise quali-quantitativa” (MORAIS et al., 2020), os autores referem a um total de 123 projetos, no valor de R\$ 858.820.508,11. Se fosse considerada a somatória dos valores correntes disponibilizados para a pesquisadora, sem deflacioná-los, o valor corresponderia a R\$867.032.849,17.

³⁵ Para esse segundo triênio, segundo informações do site do Ministério da Saúde, foram realizados 129 projetos, porém as informações disponibilizadas referiam-se somente a 112 projetos. No documento produzido pelos Hospitais “PROADI-SUS” (s./n.), faz-se referência à realização de 107 projetos. No artigo publicado nos anais do congresso “Caracterização dos projetos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde nos triênios de 2009–2011 e 2012–2014” (MORAIS; ROSA; ARAGÃO, 2019), e capítulo de livro “Programa de apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único: análise quali-quantitativa”

o terceiro triênio, no período de 2015 a 2017, foram desenvolvidos 134 projetos, considerando recursos de isenção fiscal num valor R\$1.762.251.473,16. Constatase um aumento real dos recursos do programa, havendo uma variação percentual de 40% do primeiro triênio para o segundo e uma variação percentual de 42% do segundo triênio para o terceiro.

Ao discriminar os valores de isenção fiscal por triênio do programa, observa-se que todos os hospitais tiveram uma ampliação real nos recursos, com destaque para a ampliação pelos hospitais Hospital Israelita Albert Einstein e Hospital Sírio Libanês, como pode ser observado no Gráfico 4.

Gráfico 4 - Valor de isenção fiscal por hospital que compõe o PROADI-SUS, considerando o triênio 2009–2011, o triênio 2012–2014, e o triênio 2015–2017

Fonte: Ministério da Saúde. Elaboração própria.
Dados em Reais, deflacionado a partir do IPCA dez/2017.

Ao analisar a porcentagem de projetos e porcentagem de recursos usufruídos por cada um dos hospitais em cada triênio, constata-se que há uma diferença significativa de recursos do programa usufruídos e quantidade de projetos desenvolvidos por cada uma das instituições (Tabela 4).

(MORAIS et al., 2020), indica-se que no triênio 2012-2014 foram verificados 160 projetos inicialmente, mas apenas 148 foram executados, contando com um recurso de R\$1.342.592.449,48. No relatório da auditoria realizada pelo Tribunal de Contas da União (TCU, 2017), o valor para o triênio é referido em R\$1.238.642.816,03. Se fosse considerada a somatória dos valores correntes disponibilizados para a pesquisadora, sem deflacioná-los, o valor corresponderia a R\$1.229.078.010,87.

Tabela 4 - Indicação da porcentagem de projetos e porcentagem dos valores de isenção fiscal de cada uma das instituições que compõe o PROADI-SUS, considerando o triênio 2009–2011, o triênio 2012–2014, o triênio 2015–2017 e referência total para o período estudado

Nome da Instituição	Triênio 2009–2011		Triênio 2012–2014		Triênio 2015–2017		Total do programa	
	% de projeto	% de recursos	% de projeto	% de recursos	% de projeto	% de recursos	% de projeto	% de recursos
Hospital Alemão Oswaldo Cruz	12	11	11	11	13	9	12	10
Hospital do Coração	22	8	22	9	21	7	22	08
Hospital Israelita Albert Einstein	26	46	28	44	17	41	24	43
Hospital Moinhos de Vento	3	8	5	10	13	11	07	10
Hospital Samaritano	17	6	17	9	10	7	15	07
Hospital Sírio Libanês	20	21	17	18	25	25	20	22

Fonte: Ministério da Saúde. Elaboração própria.

Considerando o montante total usufruído por cada um dos hospitais, observa-se que 43% dos recursos corresponderam aos projetos do Hospital Israelita Albert Einstein, 22% dos recursos corresponderam aos projetos do Hospital Sírio Libanês, 10% dos recursos corresponderam aos projetos do Hospital Alemão Oswaldo Cruz e do Hospital Moinhos de Vento; 8% dos recursos corresponderam aos projetos do Hospital do Coração e 7% dos recursos corresponderam aos projetos do Hospital Samaritano. Reforça-se que o valor de isenção fiscal é calculado a partir da receita de cada hospital ao ano.

Com a análise da porcentagem do número de projetos realizados, nota-se que 24% corresponderam aos projetos do Hospital Israelita Albert Einstein, 22% corresponderam aos projetos do Hospital do Coração, 20% corresponderam aos projetos do Hospital Sírio Libanês, 15% corresponderam aos projetos do Hospital Samaritano, 12% corresponderam aos projetos do Hospital Alemão Oswaldo Cruz e 07% corresponderam aos projetos do Hospital Moinhos de Vento.

Fica explícito, com essa diferença entre a porcentagem de recursos em comparação com a porcentagem de projetos realizados, que o valor médio dos projetos do Hospital Israelita Albert Einstein é maior que dos demais hospitais. Referente aos recursos do primeiro triênio, a isenção fiscal desse hospital correspondeu a 46% do recurso disponível no período, realizando 26% dos projetos executados. Referente aos recursos do segundo triênio, a isenção fiscal desse hospital correspondeu a 44% do recurso disponível no período, realizando 28% dos projetos

executados. Quanto aos recursos do terceiro triênio, a isenção fiscal desse hospital correspondeu a 41% do recurso disponível no período, realizando 17% dos projetos executados.

Cabe destacar também uma diferença significativa da porcentagem dos recursos e do número de projetos realizados pelo Hospital Moinhos de Vento. No primeiro triênio esse hospital contou com 8% dos recursos e executou 3% dos projetos. No segundo triênio, contou com 10% dos recursos e executou 5% dos projetos. E no terceiro triênio, contou com 07% dos recursos e executou 10% dos projetos. Observa-se, assim, uma ampliação significativa do número de projetos desse hospital quando comparado com o primeiro triênio.

É observado proximidade entre a porcentagem do número de projetos e porcentagem de recursos do Hospital Alemão Oswaldo Cruz e Hospital Sírio Libanês.

Ao analisar o valor médio dos projetos de cada hospital, explicita-se que houve uma ampliação dos valores dos projetos quando comparado o primeiro, segundo e terceiro triênio para todos os hospitais, com exceção do Hospital Moinhos de Vento, que teve uma queda no valor médio do segundo para o terceiro triênio (Tabela 5).

Tabela 5 - Valor médio de projeto de cada uma das instituições que compõe o PROADI-SUS, considerando o triênio 2009–2011, o triênio 2012–2014, o triênio 2015–2017 e referência total para o período estudado

Nome da Instituição	Triênio 2009–2011 Valor em R\$	Triênio 2012–2014 Valor em R\$	Triênio 2015–2017 Valor em R\$	Total Valor em R\$
Hospital Alemão Oswaldo Cruz	4.437.073,88	6.343.210,48	9.112.732,70	6.768.397,50
Hospital do Coração	1.855.681,35	2.687.010,02	4.524.419,26	3.016.573,48
Hospital Israelita Albert Einstein	8.586.883,35	10.790.664,53	31.614.075,93	15.045.013,12
Hospital Moinhos de Vento	12.632.621,98	15.132.579,86	10.482.725,96	11.901.641,87
Hospital Samaritano	1.593.953,95	3.411.999,72	8.826.398,65	4.028.764,05
Hospital Sírio Libanês	4.992.598,64	7.254.849,97	13.095.640,92	8.895.691,15

Fonte: Ministério da Saúde. Elaboração própria.
Dados em Reais, deflacionado a partir do IPCA dez/2017.

Hospital Israelita Albert Einstein tem o maior valor médio por projeto, considerando a referência total para o período estudado. O valor médio dos projetos no terceiro triênio foram significativamente maiores também, considerando os outros períodos, com uma variação percentual de 73% do valor médio dos projetos do primeiro para o terceiro triênio. É constatado um valor maior para os projetos do Hospital Moinhos de Vento, seguido do Hospital Sírio Libanês, do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, do Hospital Samaritano e, por último, do Hospital

do Coração. Em todos os triênios, os hospitais que tiveram o menor valor médio de projeto foram o Hospital do Coração e Hospital Samaritano.

Não é possível fazer uma análise qualitativa da utilização desses recursos e impacto dos projetos, pois como será tratado na quarta seção deste capítulo, há referência para dificuldade no monitoramento e acompanhamento dos projetos, com pouca especificidade dos critérios de avaliação e indicadores. Para além dessa questão, não foram compartilhados com a pesquisadora, apesar da solicitação, dados gerais de resultado dos projetos que aparecem publicados em alguns documentos. Por haver uma inconsistência nos materiais e a existência de dados muitos fragmentados, considerando publicações do programa, avaliou-se ser insuficiente o material para ter uma validade para essa pesquisa.

Foi aberta a possibilidade, a partir do segundo triênio, de que os hospitais integrantes do programa e porventura candidatos ao financiamento pelo BNDES, poderiam aplicar 5% do financiamento por meio do desenvolvimento de projetos vinculados ao PROADI-SUS. Portanto, para além dos projetos do PROADI-SUS apresentados, foi estabelecida uma vinculação de novos projetos com o BNDES³⁶ (Tabela 6).

Tabela 6 - Indicação do número de projetos, área de atuação e os valores de isenção fiscal dos projetos vinculados ao BNDES considerando o triênio 2012–2014 e o triênio 2015–2017

Área de atuação*	BNDES Triênio 2012–2014		BNDES Triênio 2015–2017	
	Número de projetos	Valor em R\$	Número de projetos	Valor
I	2	5.418.873,37	0	0
II	1	376.547,49	0	0
IV	6	10.058.964,42	0	0
II e IV	1	3.452.306,28	0	0
I, II e IV	1	100.019,65	0	0

³⁶ Fundado em 1952, o BNDES é uma autarquia federal criada com o intuito de ser o órgão formulador e executor da política nacional de desenvolvimento econômico. Esta instituição indica que se avalia a concessão do apoio com foco no impacto socioambiental e econômico no Brasil. Ao resgatar o histórico da instituição, constata-se que em um primeiro momento houve investimento em infraestrutura, mas a partir dos anos 1950 passou a investir na iniciativa privada e na indústria, e posteriormente no setor agropecuário e em pequenas e médias empresas. Nos anos 90, observa-se que o BNDES teve papel importante na privatização das grandes estatais brasileiras. Há referência de que este foi o órgão responsável pelo suporte administrativo, financeiro e técnico do Programa Nacional de Desestatização, iniciado em 1991. Indica-se, também, que nos anos 2000 contou com a consolidação da vertente social, que prevê a promoção da competitividade da economia brasileira, de forma agregada à sustentabilidade, à geração de emprego e renda e à redução das desigualdades sociais e regionais (BNDES, 2021). Essa descrição vai ao encontro do debate realizado nos capítulos 1, 2 e 3 desta tese sobre o processo de reestruturação do capital, particularmente no conjunto de reformas do Estado, e como esse órgão acabou sendo uma das figuras centrais desta reestruturação. Nada mais óbvio que estivesse atrelado, também, ao processo contemporâneo dos avanços das reformas gerenciais, inclusive por meio do PROADI-SUS.

Sem especificação	0	R\$0	6	28.028.445,56
Total	11	19.406.711,20	6	28.028.445,56

Fonte: Ministério da Saúde. Elaboração própria.

Dados em Reais, deflacionado a partir do IPCA dez/2017.

* Áreas de atuação estabelecida na Lei n.º 12.101/2009, sendo I referente a Estudos de Avaliação e Incorporação de Tecnologias; II referente Capacitação de Recursos Humanos; III referente a Pesquisas de Interesse Público em Saúde; e IV referente a Desenvolvimento de Técnicas e Operação de Gestão em Serviços de Saúde.

Na planilha de recursos do triênio 2012-2014 referente aos projetos atrelados ao BNDES, foi identificada a execução de 11 projetos, num montante correspondente a R\$19.406.711,20 (valores executados). Dos hospitais que compõem o programa, apenas o Hospital Israelita Albert Einstein não entrou nessa modalidade neste triênio. Apesar de não terem sido disponibilizados os dados dos projetos vinculados ao BNDES com os projetos do triênio 2015-2017, foi possível identificar, por meio das atas do Comitê Gestor, a existência de seis projetos desenvolvidos pelo Hospital Israelita Albert Einstein e pelo Hospital Sírio Libanês nesta modalidade, com valores aprovados num montante de R\$28.028.445,56 (Tabela 6).

Referente aos projetos do PROADI-SUS, considerando as áreas de atuação estabelecidas na Lei n.º 12.101/2009, pode-se perceber uma mudança de ênfase nas mesmas ao longo dos três triênios estudados (Tabela 7).

Tabela 7 - Projetos PROADI-SUS conforme área de atuação, segundo a quantidade de projetos realizados e valores aplicados no triênio 2009–2011, no triênio 2012–2014, e no triênio 2015–2017

Área de atuação*	Triênio 2009–2011		Triênio 2012–2014)		Triênio 2015–2017	
	Número de projetos	Valor em R\$	Número de projetos	Valor em R\$	Número de projetos	Valor em R\$
I	15	20.092.696,96	7	19.295.504,71	2	15.873.125,30
II	8	20.504.021,03	23	36.298.190,58	37	263.040.013,21
III	9	20.322.735,86	25	66.532.412,91	21	330.193.921,42
IV	52	332.988.262,11	34	194.209.564,39	21	62.440.074,78
V	14	86.373.686,42	19	205.077.144,62	17	340.779.628,24
I e II	1	94.154,59	4	16.917.141,97	4	35.479.837,01
I e III	1	1.165.855,38	8	4.063.553,52	0	0,00
I e IV	5	9.612.177,80	1	7.317.204,71	0	0,00
II e III	0	0,00	5	99.665.822,10	0	0,00
II e IV	15	69.120.523,28	16	81.137.993,69	11	222.411.251,46
III e IV	0	0,00	2	2.434.078,66	4	24.406.870,88
I, II e III	0	0,00	1	20.427.897,00	3	335.310.350,65
I, II e IV	0	0,00	0	0,00	1	31.676.760,00
I, III e IV	0	0,00	2	9.522.183,68	0	0,00

II, III e IV	0	0,00	0	0,00	1	6.881.631,05
Todas	4	39.984.145,50	2	252.035.762,97	1	5.786.321,74
sem especificação	0	0,00	0	0,00	11	87.971.687,42
	124	600.258.258,93	149	1.014.934.455,53	134	1.762.251.473,16

Fonte: Ministério da Saúde. Elaboração própria.

Dados em Reais, deflacionado a partir do IPCA dez/2017.

* Áreas de atuação estabelecida na Lei n.º 12.101/2009, sendo I referente a Estudos de Avaliação e Incorporação de Tecnologias; II referente Capacitação de Recursos Humanos; III referente a Pesquisas de Interesse Público em Saúde; IV referente à Desenvolvimento de Técnicas e Operação de Gestão em Serviços de Saúde; e V referente a Projetos Assistenciais.

A seguir, será realizada uma apresentação de questões dos projetos das áreas de atuação, considerando os dados da Tabela 7 e as informações sobre as áreas de atuação, a partir da leitura dos resumos dos projetos, das Atas do Comitê Gestor e Comitê de Avaliação, do relatório da Oficina de Avaliação do 1º Ciclo PROADI-SUS (BRASIL, 2013a), do Relatório de Auditoria TC 016.264/2017 do Tribunal de Contas da União (TCU, 2017) e do capítulo “Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde: análise qualiquantitativa”, de Moraes et al. (2020).

No triênio 2009-2011, verifica-se montante significativo de projetos na área de atuação IV, sendo que 61% foram ações voltadas para Desenvolvimento de Técnicas e Operação de Gestão em Serviços de Saúde, o que correspondeu a 76% dos recursos daquele triênio³⁷. Quando se analisa o triênio 2012-2014, os projetos na área de atuação IV correspondem a 38% referente a 54% dos recursos e, no triênio 2015-2017, os projetos nessa mesma área correspondem a 30% com referência de 20% dos recursos. Explicita-se, assim, uma redução das ações nessa área de atuação e no seu respectivo financiamento.

O Relatório da Oficina de Avaliação do 1º Ciclo PROADI-SUS (BRASIL, 2013a) aponta que os projetos na área de atuação IV tinham tanto um caráter de qualificação da gestão como de qualificação da assistência. É destacado, também, que os projetos ultrapassaram o âmbito das instituições, disseminando de modo variado para os serviços de saúde os modelos assistenciais e de gestão desenvolvidos pelos hospitais. Fica clara a incorporação de ferramentas gerenciais do setor privado ao serem implementadas e incorporadas nos serviços da rede pública, e como a lógica privada de gestão foi sendo ampliada dentro do SUS.

Essa constatação coincide com a ponderação de Maranhão (2011), de que, para além do “engajamento” no combate às desigualdades sociais e à pobreza, desenvolvendo os projetos de

³⁷ Para a caracterização das áreas de atuação, a partir dos dados apresentados na Tabela 7, considerou-se a referência do número e valor dos projetos que tinham a indicação exclusiva na área de atuação, somados aos projetos que estavam categorizados em mais de uma área de atuação, apresentada a porcentagem correspondente.

maneira focalizada, a implementação de projetos sociais gerenciados por organizações privadas também assume a “missão” de disseminação da consciência empresarial como instrumento de mudanças no ambiente interno das empresas e na sociedade. Fica aqui explícita, inclusive pela avaliação institucional do programa, como o novo engajamento empresarial nessa redefinição da filantropia acabou por ampliar as fronteiras do mundo empresarial para os programas sociais, instrumentalizando os procedimentos de gestão mercantil no interior desses.

Nessa perspectiva, torna-se importante reforçar a ideia de que a análise precisa ir além da captura de recursos estatais e investigar a subsunção de outras esferas de sociabilidade aos interesses do grande capital (CATINI, 2020). Como indicado no Capítulo 3, a conquista da hegemonia do setor privado e do empresariado também se deu na capilaridade que os institutos privados conquistaram com a integração entre entidades filantrópicas e o Estado.

Ainda, na Oficina de Avaliação do 1º Ciclo, destaca-se a necessidade do alinhamento dos projetos às diretrizes e à política do SUS, havendo a indicação de que deveria ocorrer uma ampliação do escopo dos projetos para o nível regional e em conformação com as redes de atenção à saúde.

Diante dos resumos dos projetos, pode-se observar que as ações se voltaram principalmente para procedimentos de alta complexidade, como: ampliação de índice de captação e doação de órgãos, banco de sangue e cordão umbilical; criação de modelo de gestão para atendimento oncológico, cardiológicos e hepáticos; elaboração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para medicamento de alto custo; apoio à gestão hospitalar em diversos hospitais; avaliação das escolas médicas brasileiras para dimensionamento do número de vagas para as necessidades nacionais; definição de padrões para uso em vigilância sanitária de serviços, equipamentos, produtos; e, implantação de programas de telemedicina. No segundo triênio, além destas questões, destacaram-se projetos referentes ao apoio a sistemas regionais de atenção integrada à Saúde (Regiões de Saúde) e ações referentes a protocolos da vigilância sanitária, projetos esses que acabaram ampliando, de certa maneira, a intervenção considerando o âmbito de técnicas de gestão no SUS.

No entanto, ainda assim, parte significativa das ações realizadas acabou por estar dissonante com a realidade e necessidade pautada pelas políticas públicas. No Relatório Anual de Gestão do Ministério da Saúde referente ao ano de 2017, por exemplo, indicou-se a necessidade de fortalecer a Atenção Básica e realizar levantamento das demandas de saúde para que as esferas federal, estadual e municipal pudessem avaliar cenários possíveis da rede assistencial. Além disto, destacou-se a necessidade de promover o cuidado integral às pessoas

nos ciclos de vida, e o aprimoramento e implantação das redes de atenção à saúde (BRASIL, 2018b). Percebe-se um contraste nos projetos do PROADI-SUS com as demandas do Relatório Anual de Gestão (RAG), seja referente aos indicadores e às demandas de saúde, como inclusive o linguajar e os termos conceituais utilizados em ambos os materiais.

Uma área que contou com crescimento de investimento e ações foi a área de atuação II, com projetos voltados à Capacitação de Recursos Humanos. No triênio 2009-2011 os projetos dessa área corresponderam a 22% referente a 22% do valor de isenção fiscal, no triênio 2012-2014, corresponderam a 34% referente a 51% do valor de isenção fiscal; e no triênio 2015-2017 corresponderam a 44% dos projetos realizados, referente a 51% do valor da isenção fiscal.

Considerando a caracterização inicial dos hospitais que compõem o programa, os quais têm um Instituto de Pesquisa e Ensino, observa-se que esses usufruíram dessa infraestrutura para a realização dos projetos. No entanto, conforme os resumos dos projetos, percebe-se que as ações foram voltadas, inclusive, para beneficiar os próprios hospitais e constituir e ampliar a infraestrutura da instituição. Um exemplo disso foram os projetos “Gestão da clínica no Hospital no SUS”, “Gestão da clínica nas Redes de Atenção à Saúde” e “Especialização Internato Médico no SUS” realizados no primeiro triênio, que visaram a construção do referencial teórico e elaboração de um curso ofertado nos triênios posteriores, contando com mais recursos para a sua realização. Em outras palavras, o hospital recebeu recursos para elaborar e, posteriormente, realizar os cursos.

Além disso, pode-se destacar o projeto “Escola de Enfermagem”, que não estava nessa área de atuação (e sim na área I), mas previa a criação de uma escola de enfermagem para capacitar profissionais para dar suporte às necessidades do SUS do município de São Paulo junto a um dos hospitais do programa. Esse projeto teve valor aprovado de R\$4.281.899,00 à época, que beneficiava diretamente a instituição na constituição de uma infraestrutura própria.

É importante retomar o argumento feito pelo entrevistado E1, apresentado na primeira seção deste capítulo, que justificava a importância da instituição do PROADI-SUS e, consequentemente, a execução de uma maior regulação desse modelo de filantropia, pois os hospitais “terceirizavam” as ações sem uma implicação direta nos projetos. Mas, além disso, ao analisar os dados, percebe-se um benefício direto por alguns projetos organizados para as próprias instituições. O entrevistado 2 também faz referência nesse sentido a essa questão:

Depois, eu sei que eles passaram a desenvolver estruturas internas para eles mesmos proverem os cursos, mas sempre com o apoio de professores contratados de grandes universidades. Mas, no começo, eles, na verdade, faziam parceria com outra instituição de ensino para

fazer o curso e certificado. Então, você fazia, tudo bem, recebia o recurso e a oferta era garantida, mas fazia por meio da terceirização para instituição para poder desenvolver o projeto.

Tanto a terceirização, como o desenvolvimento de estruturas internas desses hospitais ao longo do período analisado, são percebidos nas falas do entrevistado e na análise dos projetos.

O aumento de investimento e de ações na área II refletem as descobertas realizadas pelo estudo de Moraes et al. (2020). Segundo os autores, como produto dos projetos do primeiro triênio, constituíram-se 15 cursos de pós-graduação, com 3.416 alunos formados, 5 cursos técnicos, com 452 alunos formados, e 1.853 cursos de aperfeiçoamento, com 38.471 alunos formados. Para o segundo triênio, teve-se como resultado 18 cursos de pós-graduação, com 8.455 alunos formados, 1 curso técnico, com 26 alunos formados, 266 cursos de aperfeiçoamento, com 62.414 alunos formados.

Esses autores assinalam um aumento no número de cursos de pós-graduação, de 15 cursos no primeiro triênio para 18 curso no segundo triênio, com a formação passando de 3.416 para 8.455 alunos. No entanto, quando se consideram os cursos técnicos, os dados indicam que houve significativa redução, passando de 5 cursos técnicos com 452 alunos formados no primeiro triênio, para a oferta de um curso técnico com 26 alunos formados no segundo triênio. Questiona-se essa redução, o impacto que isso pode ter causado na rede, além de se destacar uma valorização de cursos para profissionais de ensino superior.

Frente aos cursos de aperfeiçoamento, houve uma redução em sua oferta, considerando o quantitativo de cursos, contando com 1.853 cursos de aperfeiçoamento, no primeiro triênio, para 266 cursos, no segundo triênio. Mas é constatado um aumento de trabalhadores formados, com 38.471 alunos, no primeiro triênio, e 62.414 alunos, no segundo triênio. Diminuíram os cursos de aperfeiçoamento, mas aumentaram, consideravelmente, os alunos formados, representando uma reprodução maior dos mesmos cursos.

Segundo os resumos dos projetos, percebe-se que a formação se deu, principalmente, considerando áreas que demandam alta tecnologia, vinculadas à área hospitalar, como, por exemplo, doenças da tireoide, mioma uterino, cirurgia de catarata, transplante de medula óssea, cuidado de trauma, cardiopatias congênitas e fetal, emergências cardiovasculares, entre outros. Conforme a descrição dos projetos, verifica-se, também, que foi reforçada uma perspectiva biomédica que, de alguma forma, coincidiu com a proposta do SUS de trabalho interdisciplinar, em equipe, considerando um cuidado integral e com referência na Atenção Primária Saúde (aspectos estes referenciados no RAG) (BRASIL, 2018b). A avaliação de que os recursos

oferecidos não tinham uma integração com as instituições do SUS também estava presente no Relatório da Oficina de Avaliação do 1º Ciclo PROADI-SUS (BRASIL, 2013a).

Como avaliação dos projetos dessa área de atuação, durante a Oficina de Avaliação do 1º Ciclo PROADI-SUS (BRASIL, 2013a), problematizou-se ainda que acabaram tendo pouca efetividade na formação dos profissionais de saúde. Essa percepção é expressa, também, por meio da ata do Comitê Gestor, de setembro de 2012, quando se indica que os cursos de capacitação que estavam sendo ofertados tinham uma avaliação baixa.

Referente a esses projetos, enfatiza-se a dimensão continental e heterogeneidades regionais do país, indicando que os processos de formação deveriam atender as diferenças regionais³⁸. Assim, compreende-se que a definição de prioridades de formação deveria ser feita no âmbito regional, mediante articulação da Comissão de Integração Ensino-Serviço (Cies), com as Comissões Intergestoras Regionais (CIR) do SUS, com maior articulação entre a definição das ofertas dos hospitais com as necessidades existentes. Outra questão abordada foi relacionada aos critérios para o processo de seleção dos profissionais que participariam das formações, indicando-se a necessidade de estabelecimentos de critérios melhor definidos (BRASIL, 2013a).

Ainda conforme relatório da Oficina, reconhece-se que as metodologias de ensino-aprendizagem ativas seriam mais potentes no trabalho de formação com os trabalhadores de saúde. Em relação ao processo de formação, foi indicado que o Ensino a Distância (EAD) e outras Tecnologias de Informação e Comunicação (TCI) representavam boas ferramentas educacionais e de comunicação para trabalhar conteúdo da saúde (BRASIL, 2013a). Parecem contraditórias ambas as afirmações, considerando o questionamento a respeito dos recursos oferecidos de forma pontual, sem flexibilidade e integração com as instituições do SUS, que resultavam em processos de baixa efetividade na formação dos profissionais de saúde.

Por meio da auditoria do TCU (TCU, 2017), referente aos projetos nessa área de atuação, destaca-se que houve, no triênio 2012–2014, grande contingente de desistências, mas os relatórios dos projetos não consideraram isso na análise de avaliação. Como exemplo, há referência no parecer sobre as atividades EaD, nas quais, apesar de haver índices de reprovação elevados (acima de 25%), com porcentagem de alunos que chegaram a, sequer, entrar na

---

³⁸ Apesar dessa ponderação, no relatório da Oficina de Avaliação do 1º Ciclo PROADI-SUS (BRASIL, 2013a), indica-se que tiveram experiências em que as atividades de formação estavam orientadas para a aplicação local, com projetos de intervenção. No entanto, como se constata também, de que até aquele momento não foi possível realizar uma avaliação de resultados e impacto dos projetos de intervenção, assegurando que as experiências e conhecimentos produzidos para os serviços e redes loco-regionais tivessem sido consolidados pareceu-nos vago e contraditório com a ponderação anteriormente feita.

plataforma digital, não foi verificada qualquer investigação das possíveis causas dos valores desse indicador.

Outra ponderação apresentada nesse relatório foi em relação à oferta de vagas ser maior que as efetivamente preenchidas, como, por exemplo, no Curso Capacitação Cardiovasculares com preenchimento de 62,36% das vagas, ou no Curso de Pesquisa Clínica, que tinha como objetivo inicial a formação de 500 a 600 profissionais, mas, apesar de 508 matriculados, teve apenas a aprovação de 195 alunos.

Uma última questão destacada pelo entrevistado E2, envolvendo os projetos de capacitação profissional, foi referente à interseção da esfera privada nas políticas públicas, como algo que poderia fragilizar o SUS. Segundo o entrevistado, “[...] se o Ministério da Saúde não tomasse cuidado, seria instituída toda uma formação com o viés privado operando no sistema público de saúde” (E2), aspectos esses que não concordariam com os princípios e diretrizes instituídos para a política vigente.

Tanto a área de atuação I Estudos de Avaliação e Incorporação de Tecnologias como a área de atuação III Pesquisas de Interesse Público em Saúde estão relacionadas com o desenvolvimento de pesquisa. No triênio 2009-2011, os projetos vinculados à área de atuação I corresponderam a 21%, referente a 12% do valor de isenção fiscal; no triênio 2012-2014, corresponderam a 17% dos projetos, referente a 32% do valor de isenção fiscal; e, no triênio de 2015-2017, corresponderam a 9% dos projetos realizados, correspondendo a 24% do valor de isenção fiscal. Verifica-se que os projetos nesta área de atuação tiveram seus valores significativamente aumentados.

Já os projetos vinculados à área de atuação III, no triênio 2009-2011, corresponderam a 11% correspondendo a 10% do valor de isenção fiscal; no triênio 2012-2014, corresponderam a 29%, referente a 29% do valor de isenção fiscal; e, no triênio 2015-2017 corresponderam a 23%, referente a 23% do valor de isenção fiscal.

Segundo os resumos dos projetos, percebe-se que as ações foram voltadas principalmente para pesquisas clínicas, também envolvendo, em sua maioria, alta tecnologia, considerando ambas as áreas de atuação. Na ata do Comitê Gestor, de janeiro de 2014, há menção à dificuldade em relação aos projetos de pesquisa em razão de interpretações diferentes sobre a forma de conduzir os projetos com participação de outras instituições de ensino e pesquisa. Problematisa-se, à época, a importância do Ministério da Saúde se posicionar sobre os temas de pesquisa de seu interesse.

No relatório da Oficina de Avaliação do 1º Ciclo PROADI-SUS (BRASIL, 2013a), pontuou-se ser necessário adequar os tópicos de pesquisa às diretrizes do Ministério da Saúde, conforme publicação “Pesquisas estratégicas para o sistema de saúde — PESS” (BRASIL, 2011b). Novamente, explicita-se que há uma falta de articulação entre os projetos propostos pelos hospitais em relação às demandas do setor público.

Além disso, o relatório indica que representantes do Ministério da Saúde afirmaram haver um delineamento incipiente das pesquisas clínicas e de desenvolvimento de produtos. Foi registrado que foram constatadas falhas de gestão dos projetos de pesquisa, na alocação orçamentária e no cronograma de execução. Assim, foi orientado o necessário alinhamento de prazos para a gestão dos projetos nesse eixo, considerando etapas éticas, regulatórias e de incorporação de produtos (BRASIL, 2013a).

Como não foi disponibilizado o impacto dos projetos, subsidiou-se a análise dos mesmos também por meio do estudo de Moraes et al. (2020). Em produtos científicos, segundo esses autores, foram publicados 108 artigos científicos e realizadas 166 apresentações em congressos, no primeiro triênio, e 163 artigos científicos publicados e 295 apresentações em congressos, no segundo triênio.

Destaca-se que, no campo de desenvolvimento de pesquisa, constituiu-se outra referência com o Ministério da Saúde, para além das Instituições de Ensino Superior (IFEs) públicas tradicionais nesse setor. A realização de pesquisas com o setor privado ocorreu simultaneamente a uma redução significativa de investimento na área acadêmica no setor público.

Somando os recursos orçamentários das três principais fontes de pesquisa do país³⁹, de 2015 a 2020, o recurso foi reduzido em 179%, de R\$13,97 bilhões para R\$5 bilhões. Além disso, de 2010 a 2020, o recurso para pesquisa no Brasil dessas três fontes atingiu um montante de R\$29,5 bilhões (WESTIN, 2020). Considerando que a soma dos projetos do PROADI-SUS que envolvem as áreas de atuação I e III foi de R\$1.375.092.146,38, representando quase 5% do total que todas as instituições públicas do país receberam nos últimos 10 anos, explicita-se o montante significativo de recurso que tem sido capitaneado por esses hospitais.

Ainda, segundo Moraes et al. (2020), em produtos científicos, foram referenciados 163 artigos científicos publicados no segundo triênio (em comparação de 108 artigos publicados no primeiro triênio) e 295 apresentações em congressos (em comparação de 166 apresentações

---

³⁹ Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FNDCT) e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes)

realizadas no primeiro triênio). Não foi escopo de investigação desta tese, mas cabe fazer uma avaliação pormenorizada sobre os recursos empregados, modelos de pesquisa e resultados publicados para avaliar se há um dimensionamento significativo da produção científica vinculada a esse programa e às necessidades do SUS.

Em relação aos projetos assistenciais, ficou estabelecido, em junho de 2011, por meio da reunião do Comitê Gestor, que os hospitais poderiam dar continuidade aos projetos assistenciais, desde que nos 30% de gratuidade. No triênio 2009-2011 algumas ações assistenciais estavam vinculadas a projetos da área de atuação IV Desenvolvimento de Técnicas e Operação de Gestão em Serviços de Saúde, sendo que nos triênios 2012-2014 e 2015-2017 a apresentação das ações na área V Projetos Assistenciais estavam apresentadas de forma discriminadas.

O TCU, ao realizar auditoria dos projetos (TCU, 2017), constatou a ocorrência, em alguns casos, da superação do limite de 30% para desenvolvimento de projetos de apoio assistenciais, o que levaria ao descumprimento do art. 11, § 4.º, inciso I, da Lei n.º 12.101/2009. Esse órgão atribui esse fato a falhas na análise dos projetos por parte do Comitê de Avaliação e do Comitê Gestor, afirmando que isso impactaria “[...] na diminuição de projetos que aproveitem a expertise dos Hospitais” (TCU, 2017, p. 21).

Como são utilizados os recursos nessa área de atuação foi uma questão em destaque em 2017. Esse debate ficou expresso na regulamentação por meio da Portaria de Consolidação n.º 5. Instituiu-se, por meio dessa, vedada, na prestação dos serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares, a previsão de: realização de obras e reformas de infraestrutura física; aquisição de equipamentos e materiais permanentes; terceirização da gestão na prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares; e, execução de ações de estudos de avaliação e incorporação de tecnologia, capacitação de recursos humanos, pesquisas de interesse público em saúde e desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde.

É contraditório considerar esses dois aspectos, pois enquanto o TCU afirma haver uma destinação maior de recursos para essa área de atuação, a formalização de delimitar o que seria vedado a estar nos projetos assistenciais mostra que ações de outras áreas deveriam estar sendo discriminadas em projetos assistenciais. Avalia-se novamente uma falta de critério claro e de imprecisão no curso das ações desse programa.

Em relação a essa questão, Morais et al. (2020) indicam, como produto dos projetos do primeiro triênio, a realização de 3.745.797 exames, 2.464.395 consultas e 8.175 cirurgias. Como impacto dos projetos do segundo triênio, caracterizam a realização de 3.674.512 exames,

960.868 consultas e 9.512 cirurgias. Ao se comparar as atividades desenvolvidas nos dois primeiros triênios, percebe-se que houve uma queda no número de exames e consultas realizadas. Referente ao número de consultas realizadas, observa-se uma redução de 1.503.527 consultas, 61% a menos das consultas efetuadas no triênio anterior.

Uma questão que aparece de imediato sobre o impacto frente às demandas assistenciais é a possível desassistência que pode ter gerado tal redução de ações. Por mais que, porventura, tenha sido garantida a premissa de 30% dos recursos para ações assistenciais, esse enorme contingente de procedimentos a menos tem inevitavelmente um impacto significativo no acesso aos serviços de saúde da população. Nos materiais de publicação frente ao PROADI-SUS não foi realizada consideração alguma nesse sentido.

Quando se analisam os recursos destinados aos projetos desenvolvidos na área de atuação V, essa redução dos procedimentos é ainda mais questionável. O recurso destinado para as atividades assistenciais do primeiro para o segundo triênio foi maior para todos os hospitais, com exceção do Hospital Samaritano (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Valor dos projetos assistenciais desenvolvidos no PROADI-SUS, por Hospital, no triênio 2009–2011, no triênio 2012–2014, e no triênio 2015–2017

Fonte: Adaptado do Ministério da Saúde (s./d.).
Dados em Reais, deflacionado a partir do IPCA dez/2017.

Constata-se um valor de R\$86.373.686,42 (14% dos recursos) para o primeiro triênio, R\$171.933.817,78 (20% dos recursos) para o segundo triênio; e R\$340.779.628,24 (19% dos

recursos) para o terceiro triênio, totalizando um valor de R\$599.087.132,44 (18% dos recursos totais).

Quando comparados os períodos, houve um aumento real de 50% dos recursos nessa área de atuação do primeiro para o segundo triênio, e um aumento de 49% dos recursos do segundo triênio para o terceiro. Pondera-se, entretanto, que por haver uma divergência de classificação das áreas de atuação, principalmente no primeiro triênio em que essa área não era apresentada de maneira específica, pode ser que algum projeto assistencial já estivesse sendo desenvolvido anteriormente, mas foram consideradas dentro de alguma outra área de atuação.

Outra ponderação realizada para os projetos dessa área de atuação, por meio da auditoria do TCU de 2017 (TCU, 2017), é que o Ministério da Saúde deveria avaliar os custos dos procedimentos dos projetos. Recomenda-se comparar os valores propostos nos projetos com a Tabela SUS, de modo a evitar a aprovação de ações cujos procedimentos poderiam ser contratualizados fora do programa por valores menores.

Como já indicado na seção 2 deste capítulo, essa forma de filantropia, além de redimensionar a porcentagem de ações assistenciais — filantropia tradicional prevê oferta de 60% dos recursos em ações assistenciais para o SUS e o PROADI-SUS prevê 30% dos recursos para ações dessa modalidade —, prediz também uma diferença nos parâmetros de custo. Na filantropia tradicional tem-se como base de preço a Tabela SUS, enquanto o PROADI-SUS permite que os hospitais executem as ações a partir da tabela de mercado.

Essa diferença nos valores não estava relacionada apenas para os projetos de assistência. Isso concorda com a ponderação feita pelo entrevistado E1:

[...] qual é a grande questão do PROADI? O PROADI pagava a tabela do hospital. Então a tabela do transplante renal que o Samaritano usava não era a tabela SUS, mas a tabela do hospital. A tabela dos cursos que o PROADI colocava era a tabela dos preços dos cursos do Albert Einstein ou do curso do Sírio. Então mantinha a tabela deles, os custos deles (...) Então esse era um ponto, qual era a capacidade da gente avaliar se o preço que a gente estava pagando era um preço justo? Houve um caso que a gente fez uma auditoria de um projeto referente ao custo e teve um pessoal da auditoria de custo do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DERAC), que auditou um dos projetos que a gente estava em dúvida se estava sendo superfaturado ou não. A conclusão foi de que não, que está no valor que o hospital cobrava para todo mundo, e eles estavam cobrando da gente (E1).

No relatório do TCU, destaca-se o pagamento de procedimentos semelhantes utilizando parâmetros diferentes de remuneração, consequentemente impactando no aumento de custos

por procedimentos. Questiona-se que esse fato concorda com os princípios da isonomia, efetividade e economicidade. Essa ponderação referente a isonomia dos gastos também é explicitada pelo entrevistado E2. Nas palavras desse:

Você ter recursos públicos financiando uma estrutura aqui [SUS], que tem um determinado custo na operação desses serviços, enquanto você financia também uma estrutura extremamente cara que são destes hospitais. E você financiar com esses mesmos recursos públicos essas duas estruturas, dessa forma, é muito complicado. Então é uma forma não isonômica de você tratar essa questão [...] porque é o seguinte, é outra realidade, né? Então, assim, muitas vezes você cobra, qual que é o valor da hotelaria no SUS? Agora, vai verificar o valor de uma hotelaria no Albert Einstein, hotelaria no Oswaldo Cruz, entendeu? (E2)

Assim, destaca-se que uma problemática do PROADI-SUS era que os projetos eram elaborados e pautados pela lógica e tabela de mercado. Esse debate da realização dos projetos está atravessado com a discussão da isenção fiscal e recursos para instituição das políticas de saúde.

Como exemplo, o relatório da auditoria do TCU cita o caso do Hospital do Coração para o triênio 2015–2017, com uma diferença percentual do preço PROADI-SUS e tabela SUS de 536% em procedimentos de colonoscopia, 392% em cirurgia bariátrica, 203% em exame de ultrassonografia, 152% em exame de densitometria óssea, e 101% em exames de tomografia; além do caso do Hospital Israelita Albert Einstein para o triênio 2015–2017, com uma diferença percentual do preço PROADI-SUS e tabela SUS de 594% para exame de espirometria (TCU, 2017).

A partir dessa caracterização geral dos projetos dos triênios aqui estudados, com indicação dos recursos, número de projetos e apresentação de uma síntese referente às áreas de atuações levantadas a partir dos documentos analisados, na próxima seção será feita uma análise da gestão do programa.

4. GESTÃO DO PROADI-SUS: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROGRAMA?

Para demonstrar a racionalidade, ou como aqui caracterizada, a irracionalidade da gestão do PROADI-SUS com a falta de um monitoramento e avaliação efetivos, são discutidas as Portarias, atas do Comitê Gestor e Comitê de Avaliação, relatório de auditoria do TCU (TCU, 2017), relatório da Oficina de Avaliação do 1º Ciclo PROADI-SUS (BRASIL, 2013a) e apresentação realizada na oficina, disponibilizada para a pesquisadora.

Cabe destacar a ausência de material sistematizado apresentado sobre avaliação do programa, seja referente tanto a publicações acadêmicas, como relatórios oficiais do Ministério da Saúde. Apesar de terem sido solicitados os relatórios das oficinas de avaliação ao Ministério da Saúde, os mesmos não foram disponibilizados. O único relatório de oficina de avaliação disponibilizado foi o da Oficina de Avaliação do 1º Ciclo do PROADI-SUS⁴⁰. Mas como já indicado anteriormente, essa questão da não apresentação dos dados do Programa por si só já é um dado significativo da pesquisa e indica uma falta de transparência do mesmo.

Ao se analisar a regulamentação do PROADI-SUS, pode-se observar que a Portaria n.º 2.734/08 foi a que inicialmente estabeleceu as regras e os critérios para Monitoramento, Avaliação e Prestação de Contas, seguida das atualizações pelas Portarias GM/MS n.º 936 de 2011; Portaria n.º 1.826, de 2012; Portaria n.º 20, de 2013; Portaria n.º 2.814, de 2014; Portaria n.º 54, de 2015, e por meio da portaria de consolidação do Programa, em 2017 (Portaria de Consolidação n.º 05 de 2017).

A Portaria GM/MS n.º 936 de 2011, para além de estabelecer as regras e os critérios para apresentação, monitoramento, acompanhamento e avaliação de projetos do PROADI-SUS, contava também com a criação de Comitê Gestor. As atividades desse Comitê são regulamentadas, também, por meio da Portaria n.º 1.826/2012.

Ficou estabelecido que o Comitê Gestor fosse composto por representantes, titular e suplente, dos seguintes órgãos e entidades: I — Secretaria Executiva (SE/MS), que o coordenará; II — Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); III — Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS); IV — Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS); V — Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS); VI — Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); VII — Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS); VIII — Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); IX — Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); X — Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); e, XI — Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

Determina-se, por meio da Portaria, que compete ao Comitê Gestor do PROADI-SUS:

I — definição dos temas e objetivos prioritários;

II — definição de critérios e requisitos para comprovação de efetiva capacidade institucional da entidade de saúde;

---

⁴⁰ Há uma cartilha da 2ª oficina de avaliação anual do PROADI-SUS (HOSPITAL SAMARITANO, 2013), publicado em 2013 pelo Hospital Samaritano, mas este apresenta apenas a descrição dos projetos e resultados obtidos pelo hospital, sem uma expressão do balanço e das ponderações realizadas no evento.

III — aprovação da carta consulta;

IV — avaliação dos resultados do projeto de apoio; e,

V — formulação de proposições para aprimoramento do PROADI.

Ficou estabelecido, também, que o Comitê Gestor seria auxiliado por Subcomitê de Avaliação do PROADI-SUS, constituído por, no mínimo, quatro representantes dos órgãos e entidades elencados na composição do Comitê Gestor. As atividades foram iniciadas em fevereiro de 2012.

No momento da criação do Comitê Gestor, por meio da ata da primeira reunião realizada em maio de 2011, foi indicada a importância de se buscar melhor qualificação e melhor direcionamento dos recursos envolvidos. Pontua-se a necessidade de o recém-criado Comitê Gestor iniciar avaliação quanto aos projetos já executados e em vigência, inclusive com avaliação de impacto. Destaca-se um excerto da ata:

Monitoramento e Avaliação — O grupo conheceu brevemente como era a gestão dos projetos, que trabalhava com uma legislação que necessitava de nova regulamentação e apresentava algumas fragilidades no acompanhamento/monitoramento. Com a portaria normativa recentemente publicada (n.º 936/2011), a expectativa é de que se regularizem os Termos de Ajuste e se concretizem as melhorias que estão em implementação (Ata do Comitê Gestor de 12/05/2011, p. 1).

Portanto, no final do primeiro triênio, buscava-se, com a criação do Comitê Gestor, estabelecer normativas para qualificar a regulamentação anterior, que segundo avaliação apresentava “fragilidades no acompanhamento/monitoramento”.

Como parte do monitoramento, destaca-se a necessidade de evitar concentração de projetos sobre um mesmo tema. Além disso, como pontos críticos foram indicados na ata da primeira reunião: projetos estavam desenvolvendo ações com clientela fechada, o que fere princípios da universalidade do SUS; os valores dos projetos estavam acima da tabela SUS para procedimentos ofertados por outras instituições; o não estabelecimento da gestão compartilhada, princípio do SUS. Assim, a constituição do Comitê Gestor se apresentou naquele momento como uma busca de aprimorar o monitoramento e acompanhamento do programa. Ainda como sugestões e recomendações foi sistematizado na ata:

SGTES [Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde] comunicou que tem a expectativa de que os recursos sejam bem utilizados para o próximo Termo de Ajuste. Na mesma linha, a SGEP [Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa] questiona que alguns projetos executados ou vigentes contemplam procedimentos que não

estão na lista do SUS e solicita avaliação rigorosa dos produtos dos projetos. A manifestação do CONASEMS enfatizou ser importante que a utilização dos recursos seja focada no Sistema Único de Saúde e não nos interesses setoriais do MS ou dos hospitais (Ata do Comitê Gestor de 12/05/2011, p. 2).

Por meio da análise do material, foi possível identificar duas grandes questões sobre a gestão do programa no início da consolidação do Comitê Gestor: 1) dificuldades no monitoramento e acompanhamento dos projetos; 2) Relação dissonante entre hospitais, Ministério da Saúde e demandas das políticas públicas de saúde. Essas questões vão perpassar a análise dos aspectos da gestão do programa ao longo de todo o período analisado.

O entrevistado E2 faz alusão de que esse processo de constituição da gestão do PROADI-SUS foi desafiador, por ser um arranjo pioneiro e não haver uma experiência prévia dessa forma de gestão de programa. Informa-se que:

[...] você não tinha uma experiência prévia das equipes técnicas do Ministério sobre como trabalhar com isso, né? Havia uma pressão muito grande, e vem a questão dos custos e recursos para a saúde [...]. E as áreas técnicas ficavam muito inseguras para aprovar tanto a questão de mérito dos projetos, a questão técnica, quanto a questão econômica dos projetos. Então, esse era sempre um ponto de muita tensão (E2)

No momento de constituição do Comitê Gestor, observa-se um papel central das áreas técnicas para aprovação, avaliação e acompanhamento dos projetos, o que era colocado como algo que gerava insegurança para a gestão. Ainda, considerando o início de gestão do programa, o entrevistado E2 afirma que:

[...] você tinha um programa criado e uma obrigação de executar. Então, assim, aprovou-se a Lei, aprovou-se um Decreto regulamentando e, aí, ao criar o programa, o Ministério foi obrigado a implementar. Então as áreas técnicas têm que fazer, a questão está posta, tem que aproveitar, enfim, transformar o limão em limonada. Então, ao transformar o limão em limonada, uma possibilidade que se via na execução de projetos é a seguinte: às vezes é mais fácil monitorar um projeto do que você fazer, considerando a execução do recurso financeiro. Já que está dado, então vou fazer isso, tentar aprovar alguma iniciativa que seja do interesse técnico da área, com uma facilidade de execução (E2).

Fica explícito, nessa afirmativa, de que após instituído o Programa, as áreas técnicas teriam que “transformar o limão em limonada” e executar o programa aprovado. A partir dessa fala, observa-se certa ponderação por parte do representante do Ministério sobre a execução do

programa, porém que se buscava, de qualquer maneira, instituir ações considerando o recurso e a realização indireta dos projetos como algo favorável.

Por meio da análise das atas dos Comitês e das entrevistas (E2, E3 e E4), verifica-se que em outubro de 2014 houve uma reconfiguração do Comitê Gestor, estabelecido novo fluxo para a aprovação final das cartas-consultas. Há um processo de centralização das discussões, o qual seria feita pelo “Colegiado do Ministro”. Nas palavras do entrevistado E2:

Em 2015, o ministro da saúde já começou a mudar, foi o Arthur Chioro. Então ele já começou (...) estava puxando a definição dessa prioridade para o gabinete do ministro (...). Nesse processo, quebrou toda aquela questão da portaria que definiu o papel do Comitê Gestor, que era uma maneira mais democrática de trabalho, olhando para o Ministério na totalidade, né? Antes tinha uma participação das secretarias finalísticas, dos seus técnicos. Mas depois desse período, a política passou a ser centralizada (E2).

Percebe-se questionamento frente a essa mudança nos fluxos e na gestão do programa, indicando haver uma perda da “forma democrática” de trabalho e restrição dos atores envolvidos no processo.

Por meio da análise da ata do Comitê Gestor, constata-se, também, que representantes do CONASS e CONASEMS, à época, questionaram a centralização do Comitê Gestor. Como redigido na ata:

Sr. Carlos Eduardo informou que o novo fluxo de aprovação final das Cartas Consultas será feito pelo Colegiado do Ministro, conforme Minuta de Portaria que está em análise na CONJUR [Consultoria Jurídica]. O Sr. Fernando Cupertino, representante do CONASS e a Sra. Blenda Pereira, representante do CONASEMS, questionaram qual será o real papel do Comitê Gestor no PROADI diante dessa mudança, tendo em vista que o Comitê Gestor perderá seu caráter deliberativo (Ata do Comitê Gestor de 23/10/2014, p. 2).

Houve registro, portanto, de que alguns atores avaliaram que essa mudança nos fluxos e processo de centralização das decisões levaria à perda do caráter deliberativo da instância colegiada do Comitê Gestor. Houve referência, ainda na ata, de que as mudanças oriundas do novo fluxo fossem discutidas de maneira tripartite

Foi publicada uma nova Portaria, n.º 2.814/14, em dezembro de 2014, estabelecendo nova composição do Comitê de Avaliação do PROADI-SUS⁴¹. Percebe-se que esse espaço passou a

---

⁴¹ Ficou estabelecido que o Comitê de Avaliação seria composto por: um representante da Secretaria Executiva (SE/MS) que o coordenará; dois representantes da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), um do Departamento

ser o colegiado, para se debater a operacionalização do programa. O Comitê Gestor do PROADI-SUS passou, então, a ser composto pelas seguintes autoridades: I — Ministro de Estado da Saúde; II — Presidente do CONASS; e, III — Presidente do CONASEMS.

Foi previsto que compete ao Comitê de Avaliação do PROADI-SUS elaborar relatórios prévios que subsidiassem as decisões a serem tomadas pelo Comitê Gestor do PROADI-SUS, que se reuniria em plenária ordinariamente uma vez por trimestre e, extraordinariamente, mediante convocação do Ministro de Estado da Saúde (BRASIL, 2014).

O entrevistado E4 também indica certa fragilidade no Comitê Gestor após essa centralização. Referente a um primeiro momento após essa reconfiguração, afirma que:

Tinha um Comitê Gestor que pouco ou quase nada se reunia e sempre eram os presidentes das entidades, das três esferas de governo, que assinavam em última instância. Então, assim, tinha pouco controle. A verdade era essa. [...] e os projetos, muitos eram apresentados pelas entidades sem demanda. Não tinha demanda nenhuma até então, ou seja, já tinham se passado cinco anos do projeto e não tinha nenhuma demanda de CONASS, nem de CONASEMS, no processo [...]. Então ousamos fazer aí uma demanda (E4).

Seja devido à reestruturação do fluxo, como frente à forma de organização do programa de maneira mais ampla, a análise do material indica uma fragilidade de gestão do projeto, seja por centralizar depois de 2015 a gestão no Ministro da Saúde e nos presidentes do CONASS e CONASEMS, seja por esse distanciamento do Estado frente à demanda dos projetos. Para o último triênio, segundo o relato do entrevistado E4, buscou-se maior aproximação da Comissão Intergestores Tripartite com o PROADI-SUS e maior atuação das outras esferas de governo.

Indica-se nesse momento que, embora a centralização do Comitê Gestor pudesse ter suas fragilidades, houve mudança na forma de apresentação dos projetos, sendo que primeiro passariam pelo Comitê Gestor para uma avaliação da temática, para, então, serem encaminhados para análise da área técnica e, posteriormente, serem efetivados como projetos. Segundo o entrevistado E4:

---

de Certificação de Entidades Benéficas de Assistência Social (DCEBAS/SAS/MS); um representante da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS); um representante da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS); um representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS); um representante da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); um representante da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS); um representante da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); um representante da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); um representante do Conselho Nacional de Saúde (CNS); um representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); um representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); e por fim um representante das entidades de saúde de reconhecida excelência.

Mudamos a forma de apresentação de projetos. Hoje a proposta chega no Comitê e o Comitê tem que dizer se pode virar um projeto ou não, para depois passar na área técnica, para depois virar efetivamente um projeto. Então, assim, você apresenta uma proposta e tem que discutir se “ok” ou “não, isso não interessa para o SUS”. Se for não, morreu ali. Se interessa para o SUS, vem o projeto, depois nós discutimos inclusive o financiamento, etc. Então hoje o cenário do PROADI é bem melhor, a partir disso, né? (E4)

Assim, parece que, de alguma forma, essa centralização contribuiu para a delimitação de projetos que teriam maior impacto para o sistema público, havendo uma maior atuação do CONASS e CONASEMS.

Ainda, nesse sentido, explicita-se que havia pouco diálogo entre as próprias instâncias do Ministério da Saúde. Segundo o entrevistado E4:

[...] o Ministério pouco demandava, o próprio hospital vinha e apresentava o projeto. As áreas do Ministério da Saúde não se conversam, não conversavam também uma com a outra, cada um puxava a sua sardinha e fazia a discussão e fazia a proposta. Poucos projetos nos primeiros anos do PROADI, com envergadura, é que atingiam mesmo as necessidades do SUS. Hoje não, hoje já é um pouco diferente, as áreas conversando, nós trabalhando aí em grandes projetos para poder fazer realmente a diferença no SUS (E4).

Fica clara uma prática de apresentação “independente” dos projetos pelos hospitais e certa disputa pelos recursos e ações pelas áreas técnicas, as quais “puxavam sardinha” para a suas demandas. Entretanto, no momento da entrevista, o qual correspondia a 11 anos de implementação do programa (triênio que não está incluso na análise desta tese), há referência de uma maior articulação entre as áreas e os atores que executavam o PROADI-SUS.

Contrariando as ponderações do entrevistado E2, que questiona o processo de centralização, o entrevistado E4 acaba por defendê-la e traz as seguintes ponderações:

[...] o Ministério da Saúde adotou um modelo de governança para o PROADI-SUS que eu considero complexo, muito complexo. Por quê? Porque você tem um conjunto de atividades descentralizadas entre as secretarias do Ministério, conforme o objeto do projeto, mas é muito difícil fazer a coordenação dessa descentralização, entendeu? Do ponto de vista de gestão mesmo, administrativa. Principalmente porque a coordenação do PROADI tinha que estar diretamente vinculada ao gabinete da Secretaria Executiva, ou até do Ministro (E4)

Ficam claras diferentes leituras sobre como fazer a gestão do PROADI-SUS.

Referente à gestão do programa e à forma de funcionamento do Comitê Gestor, foi possível caracterizar três momentos distintos: 2009–2011, gestão centralizada na Secretaria

Executiva; 2011–2015, constituição do Comitê Gestor com uma estrutura colegiada e um Comitê de Avaliação voltado para avaliação de resultados do programa; constituição do Comitê Gestor centralizado composto pelo Ministro da Saúde e nos presidentes do CONASS e CONASEMS e Comitê de Avaliação como um espaço colegiado mais ampliado.

Por meio da análise do material e triangulação de informações, destacaram-se duas temáticas referentes ao processo de gestão do PROADI-SUS, que serão aqui apresentadas: 1) Monitoramento e acompanhamento de projetos com criação de indicadores e análise de resultados; e, 2) Avaliação financeira e a questão da abertura da prestação de contas.

4.1 Monitoramento e acompanhamento de projetos com criação de indicadores e análise de resultados

O entrevistado E2 menciona que, no início do primeiro triênio, não havia obrigatoriedade de apresentação de determinadas informações sobre os projetos e não foram estabelecidos prazos de entregas de relatórios, havendo, inclusive, contradição nas normativas que regulamentavam o programa à época. Na perspectiva do entrevistado, isso levou inclusive a um processo de desorganização documental de acompanhamento dos projetos. Essa falta de critérios é expressa também no contato que a pesquisadora fez com a equipe do DESID, a qual indicou dificuldade em sistematizar as informações solicitadas, por não existir um banco de dados sistematizado e, ainda, haver informações divergentes entre determinados documentos.

Morais, Rosa e Aragão (2019), ao analisarem os relatórios de prestação de contas dos projetos executados, indicam que um achado importante a se destacar foi sobre a falta de confiabilidade nos dados apresentados. Os autores apontam que cada projeto possui, ao final de suas documentações, um formulário de avaliação do programa PROADI-SUS. Geralmente, o referido formulário estava preenchido com dados idênticos ao último parecer feito pela área técnica, o que, segundo os pesquisadores, demonstrava uma inconsistência, visto que as informações de cada ano deveriam ser diferentes.

Ainda, por meio das atas do Comitê Gestor, em maio de 2012, observa-se o debate e encaminhamento de contratação de consultoria para avaliação dos projetos, inclusive com apresentação de sugestão de metodologias para análise dos custos. Na ata de 8 de agosto de 2012 do Comitê Gestor, debateu-se o instrumento de avaliação de resultados dos projetos. Essas questões mostram a fragilidade do processo de regulação e gestão do programa, debatendo-se aspectos básicos de sua operacionalização e critérios de avaliação, apesar de o Programa já ter quatro anos desde sua constituição e um triênio já finalizado.

Em fevereiro de 2012, por meio da ata do Comitê de Avaliação do dia 07, foi indicado processo de consolidação em uma planilha de todos os projetos executados no triênio 2009–2011, além de que o grupo de trabalho estava elaborando um documento-base intitulado “Trilha para a discussão sobre avaliação dos resultados dos projetos”. Foi feita solicitação desse documento pela presente pesquisadora, mas o mesmo não foi disponibilizado. Ao longo do primeiro semestre de 2012, observam-se discussões referentes à forma de preenchimento do formulário, de modo que se possibilitasse fazer uma avaliação dos projetos e a criação de indicadores de avaliação.

Esse processo é referenciado pela Portaria n.º 936 de 2011, a qual estabelece como função do Comitê Gestor, por meio do inciso IV do artigo 4.º, a “avaliação dos resultados do projeto de apoio”; e, por meio do Art. 20., estabelece a criação de um Grupo de Trabalho de Avaliação do PROADI-SUS, o qual deveria apresentar, anualmente, relatório de avaliação de resultados do programa, para aprovação no plenário do Comitê Gestor.

Na ata de 8 de agosto de 2012 do Comitê Gestor, destaca-se o seguinte registro:

Apresentação pelo coordenador do Comitê Gestor do percentual de projetos que não possuem parecer conclusivo dos relatórios de atividades prestadas pelas entidades de saúde, quando explicitou o não cumprimento dos prazos previstos na portaria 936/2011, pelos órgãos e entidades do MS para a análise e emissão de pareceres. Aberto espaço para debate, ocasião em que representante da SAS mencionou as dificuldades para emissão dos pareceres técnicos principalmente quanto aos aspectos financeiros (Ata do Comitê Gestor de 18/08/2012, p. 1).

Fica claro um atraso nos pareceres e a dificuldade de cumprir os prazos estabelecidos. No entanto, destaca-se também a dificuldade frente ao acesso de algumas informações, como referenciado anteriormente pelo entrevistado E2.

É indicada, nas entrevistas (E1 e E2) e nas atas do Comitê Gestor e Comitê de Avaliação, a dificuldade das áreas técnicas em realizar esse monitoramento e avaliação dos programas. Uma ponderação realizada por meio da análise das atas foi referente que cada área técnica acabava adotando um padrão e uma forma para realização de acompanhamentos dos projetos.

O entrevistado E3 faz uma categorização dos projetos de maneira geral em três subgrupos. Considera alguns como bons projetos, outros como ruins — questionando que os objetivos estariam inapropriados e não estariam em consonância com a política pública — e um terceiro subgrupo é considerado como aceitáveis, mas que apresentavam problemas no desenho inicial e a necessidade de reajuste no decorrer do processo. Nas palavras do entrevistado E3:

A gente pode categorizar os projetos do PROADI de três maneiras. Tem um conjunto de bons projetos, não estou falando de valor não, tá? Independente de valor tem um conjunto de bons projetos. O que eu chamo de bons projetos? Projetos bem pactuados, bem desenhados, que têm um diagnóstico bem preciso daquele problema que ele quer intervir, o objeto dele é bem delimitado, inclusive do ponto de vista de custo, e ele é bem executado. Atende ali plenamente todos os pressupostos estabelecidos de execução e de prestação de contas que estão no programa [...]. Você tem outro conjunto de projetos que eu chamo, assim, de aceitáveis. Eles não foram desenhados e nem são executados com o mesmo rigor dos projetos da primeira categoria que eu falei, eles possuem algumas fragilidades, mas que, digamos assim, dado o regramento que está estabelecido no programa não impedem que eles sejam aprovados e executados [...], mas eles são frequentemente passíveis de correções e de adequações, entende? O custo deles aumenta bem, e você percebe que tiveram algumas falhas, do ponto de vista de identificar qual é a realidade que eles querem atacar e por aí vai. E você tem um terceiro e último conjunto que são os projetos [...], como eu diria? São os projetos que, a rigor, não têm nada a ver com o PROADI. Por uma série de motivos, eles atacam objetos ou propõem objetos que estão fora o que seria de interesse das políticas públicas. (E3)

Frente a essa constatação de que havia projetos fora do que seria de interesse da política pública, somado ao contexto exposto sobre uma dificuldade de monitoramento e avaliação efetivos dos projetos, reforça-se ainda mais o argumento apresentado na terceira seção deste capítulo, de uma falta de alinhamento dos projetos às diretrizes e políticas do SUS, com benefício às instituições privadas em questão.

Como há apenas um instrumento mais estruturado sobre a avaliação do programa, será dada atenção de maneira mais pormenorizada a esse. No Relatório da Oficina de Avaliação do 1º Ciclo do PROADI-SUS (BRASIL, 2013a), realizada em 2012, reafirmou-se a necessidade de ampliar espaços de pactuação de projetos. Nesse evento, houve referência, como pontos críticos, à limitada experiência inicial da equipe do Ministério da Saúde na gestão de projetos, além da pouca articulação e integração entre os técnicos do Ministério e dos hospitais que compõem o programa. A questão que fica é: essa pouca integração entre os técnicos e as instituições privadas, a quem beneficiava?

Nesse relatório, destacou-se ainda, a falta de transparência por parte de todos os atores envolvidos, enfatizando-se a necessidade de se apresentar regularmente os resultados de prestação de contas do PROADI-SUS à sociedade, por instituições como CONASS e o CONASEMS.

Na apresentação efetivada na mesma oficina, disponibilizada para a pesquisadora, verificou-se a indicação de que o processo de avaliação se iniciou no mês de agosto de 2012,

mas a sistematização dos dados foi parcial, por não ter sido possível finalizar todos os relatórios dos projetos⁴². Foi indicado que cerca de 52% dos projetos do PROADI-SUS analisados, à época, não atenderam ao requisito de indicadores e metas adequadamente. Houve referência de que apenas 28% dos projetos analisados foram considerados satisfatórios e que 29% não apresentaram indicadores e metas. Os demais contemplaram, de alguma forma, um desses dois quesitos, ou indicadores de resultado, ou metas, mas o fizeram de maneira incompleta.

Destaca-se também que 80% dos projetos sofreram alteração no valor inicial apresentado no Plano de Trabalho do projeto. Dos que sofreram alteração, 51% foi maior que 30% do valor inicialmente estipulado. Pontuou-se a necessidade de aprimoramento nos instrumentos de monitoramento dos projetos pelos hospitais e Ministério da Saúde, com o uso obrigatório de indicadores e metas desde a etapa de planejamento.

Para a avaliação, foram consideradas as dimensões de conteúdo dos relatórios, apresentação dos processos, resultados e calculado a média ponderada para atribuir um peso para cada dimensão da avaliação (Tabela 8).

Tabela 8 - Média ponderada para atribuir um peso de avaliação na Oficina de Avaliação do 1º Ciclo PROADI-SUS (2012), discriminando as dimensões de conteúdo dos relatórios, apresentação dos processos e resultados, com cálculo geral da avaliação para cada hospital

HOSPITAL	Conteúdo	Processo	Resultado	Geral
Hospital Alemão Oswaldo Cruz	8,19	7,13	7,83	7,73
Hospital Samaritano	7,00	6,93	7,79	7,29
Hospital Albert Einstein	6,75	6,63	7,65	7,07
Hospital do Coração	7,80	6,38	7,03	7,06
Hospital Sírio Libanês	7,18	6,28	7,47	7,02
Hospital Moinhos de Vento	7,51	6,88	6,11	6,76
TOTAL	7,40	6,70	7,31	7,16

Fonte: Ministério da Saúde 2012.

Observa-se uma avaliação menor referente ao processo de desenvolvimento dos projetos, quando comparado à análise de conteúdo e resultados. Todos os hospitais tiveram uma média menor que 7 no item processo, com exceção do Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Todo

⁴² A apresentação contou com a amostragem de 86 formulários recebidos até o dia 19/10/2012, o que corresponde a 72% do total de projetos executados no período. Desses, 58% do total de projetos (69), constituíram a amostra para fins de pontuação da Avaliação Geral de Projeto.

valor de média geral ficou menor que 8, com destaque ao Hospital Moinhos de Vento, que teve média geral 6,76.

Apesar dessas informações obtidas na apresentação da oficina, foi indicado no relatório que a gestão dos projetos, de maneira geral, atingiu índice satisfatório (BRASIL, 2013a). Os hospitais não deixaram de apresentar os relatórios obrigatórios, sendo relatado que houve um bom desempenho das coordenações responsáveis pela execução dos projetos.

Parece contraditório, entretanto, essa afirmação, visto que há a indicação no material de apresentação, de que foram recebidos apenas os relatórios de apenas 72% do total de projetos executados no período, sendo que, desses, 58% constituíram a amostra para avaliação e, desses, cerca de 52% dos projetos não atenderam o requisito de indicadores e metas adequadamente.

Destacam-se essas questões para exemplificar como estava sendo expressa, na prática, o que deveria ser exemplo de eficácia e eficiência de um programa de referência a ser implementado em outros setores. Quase um ano depois da finalização do triênio, os hospitais não finalizaram a entrega dos documentos necessários para a prestação de contas.

Em duas das entrevistas (E3 e E5), indica-se como tendo sido um fator de desgaste e tensionamento, na relação do Ministério da Saúde e os hospitais, o estabelecimento de um “Ranking” entre as atividades realizadas. Nas palavras do entrevistado E3:

[...] essa sistematização da avaliação gerou um painel, apresentado na oficina. Mas aí teve o erro capital, feito pela consultoria e também pela gestão, na época, que foi ranquear os hospitais a partir dessa avaliação. Dizia lá: com base nessa análise que nós fizemos, o hospital que melhor trabalha com o PROADI é o Hospital Alemão Oswaldo Cruz [...]. Olha, quando abriu isso na oficina, quase que teve morte lá, pegou mal pra caramba. Mas foi uma tentativa de se ter um olhar avaliativo dos resultados, entendeu? Buscaram levantar os resultados, o que foi entregue e como os objetivos foram alcançados [...]. Os produtos gerados foram adequados? Como a área [técnica] avalia isso? Os resultados alcançados vão permitir a apropriação de algo? Eles vão permitir que haja algum tipo de consequência? [...] era uma coisa bem preliminar, mas que se tivesse seguido adiante, gradualmente, você iria incorporando outros critérios né? (E3)

Foi frisado, portanto, o grande desconforto das instituições que compõem o programa. Por não ter sido localizado mais nenhum material de avaliação concreta dos projetos, nenhum balanço sobre a implementação dos mesmos, em qualquer outro documento publicado pelo Ministério da Saúde e pelos Hospitais, deduz-se que o que foi indicado como “erro capital” por categorizar o processo avaliativo, de alguma forma gerou certo constrangimento das

“instituições de excelência”, serviu como justificativa de silenciamento e ausência do estabelecimento de um processo avaliativo.

Nas atas do Comitê Gestor, há indicação até outubro de 2013 de discussão das pendências para finalização do triênio de 2009–2011. As referências de avaliação e o acompanhamento aparecem como descrições técnicas e administrativas. Para qualificar o controle do monitoramento e de avaliação dos projetos, observa-se referência por meio das atas do Comitê Gestor, a partir de maio de 2011, a indicação da construção de um sistema informatizado integrado para o programa. Essa questão foi indicada também por duas das entrevistas (E2 e E6), afirmando-se haver uma demanda inicial para a constituição de um sistema de informação onde se pudesse ter acesso a todos os projetos registrados, todas as planilhas abertas com detalhamento das despesas.

Nas atas de 2012, menciona-se a constituição de um sistema denominado PROADWEB, posteriormente referenciado, em 2014, de SISPROADI-SUS. A previsão inicial para esse sistema entrar em operação foi de junho de 2013, mas as atas fazem referência ao início dos testes em março de 2014. Por meio do relatório de gestão do DESID de 2014, entretanto, registrou-se que, considerando a mudança no fluxo processual e a publicação da nova portaria regulamentadora do programa, foi necessário adaptar as funcionalidades implementadas no sistema e a adequação, e implantação de cinco módulos do sistema, os quais seriam finalizados até julho de 2015 (BRASIL, 2015). Explicita-se, assim, que o sistema informatizado só teve início após início do terceiro triênio.

Ponderações muito semelhantes das realizadas nas reuniões do Comitê Gestor, diante da ausência de avaliação dos resultados e das dificuldades de avaliação financeira, são reapresentadas na auditoria do TCU, de 2017 (TCU, 2017), a qual se constituiu para avaliar a efetividade e economicidade do programa.

No relatório da Auditoria, apresenta-se a constatação de uma ausência da avaliação dos resultados de cada um dos projetos de apoio em relação aos seus objetivos gerais e específicos, o que levava à consequente ausência de verificação da real efetividade dos projetos. Compreende-se que, sem essa análise, não é possível identificar o benefício ao SUS e os reais benefícios obtidos pelo programa, apesar de essa avaliação ser prevista pelos artigos 18 e 19, da Portaria GM/MS n.º 936/2011 e artigo 4.º, do inciso IV, da mesma Portaria.

Constata-se que na avaliação dos projetos, geralmente há somente um registro do andamento processual, ou seja, da execução física por atividades (porcentagem executada/prevista) e da execução financeira (porcentagem executado/orçado),

impossibilitando, nas análises anuais ou ao final de cada triênio, a verificação com relação à realização (ou não) dos objetivos e reais benefícios alcançados. Citando o documento “[...] a análise não pode se limitar a apenas realizar o acompanhamento das execuções física e financeira das atividades do projeto, como vem sendo feito” (TCU, 2017, p. 32).

O TCU problematiza, ainda, no relatório de auditoria, sobre os projetos que não atingiram os objetivos previamente indicados. Questiona qual instituição deveria assumir a responsabilidade do déficit. Assim, obviamente, o processo de regulação e monitoramento também está articulado com uma questão do financiamento e efetividade das ações.

A partir do documento, fica claro que mesmo com a falta de monitoramento e avaliação mais ampliada, identificavam-se insuficiências, mesmo com essas análises parciais. O órgão questiona que não estavam sendo estabelecidas medidas de intervenção, havendo inclusive dificuldade de glosa desses casos. Destaca-se que:

Erros técnicos não previstos diferem do não atingimento dos objetivos, pois as não conformidades podem ser justificadas tecnicamente. Se há um conjunto de atividades que deveriam auxiliar no alcance dos objetivos dos projetos e cuja realização foi mal implantada, tais custos deverão ser alvo de glosa. Os projetos não podem ser atividades cujos riscos sejam suportados apenas pela administração pública. Se a atividade foi realizada de maneira açodada, fora dos padrões técnicos razoáveis, todos esses fatores devem ser avaliados pelo setor técnico responsável, com a respectiva glosa (TCU, 2017, p. 27).

Por meio da maneira com que foi apresentado o relatório, fica claro um processo de negligência na execução de algumas ações, representado pelas afirmativas de “erros técnicos não previstos diferem do não atingimento dos objetivos”, “realização foi mal implantada”, e “atividade foi realizada de maneira açodada, fora dos padrões técnicos razoáveis”.

Como indicado, desde início de 2012 observavam-se o debate e o encaminhamento de contratação de consultoria para avaliação dos projetos, mas esse processo foi questionado na oficina de avaliação do primeiro ciclo. Como referido pelo entrevistado E3, citado anteriormente, “foi um erro capital” apresentar algum tipo de categorização das atividades e dos hospitais, “quase saindo morte”. Após a oficina, houve referência de nova definição de indicadores de avaliação e busca de diálogo com as instituições para recompor esse processo. Na ata do Comitê de Avaliação de dezembro de 2012, registra-se a afirmativa de que:

[...] o grupo iniciou uma análise da lista de indicadores [...]. O Sr. Vinícius sugeriu que fosse realizada uma análise mais elaborada e uma padronização dos indicadores, para esses poderem ser usados para os

próximos projetos desenvolvidos no PROADI-SUS, assim como no ciclo anterior 2009–2011 [...]. Foi sugerido que, logo após a definição dos indicadores pelo subcomitê de avaliação, esses sejam enviados aos Hospitais de Excelência, para eles poderem ser integrados ao processo de definição dos indicadores” (Ata Comitê de Avaliação 12/12/2012, p. 1).

Por meio das atas do Comitê de Avaliação, no início de 2013, identifica-se referência à elaboração de cronograma de visitas para o acompanhamento dos projetos. Há indicação de que as visitas teriam periodicidade semestral para um melhor e efetivo acompanhamento. As visitas de monitoramento teriam como responsáveis os técnicos da área técnica que era responsável pelo projeto. Discutiu-se a definição de indicadores de resultados e roteiro para realização das visitas. Houve indicação de apoio de consultoria nesse processo. Foi indicado, na ata de 8 de maio de 2013, que as visitas deveriam ocorrer em junho e julho de 2013. No entanto, não há nenhuma referência se as mesmas foram realmente efetivadas. Vale observar também que a última ata do Comitê de avaliação do ano de 2013 foi no mês de junho, antes da data quando deveriam ocorrer as visitas, havendo disponibilidade do material apenas a partir do dia 24 de março de 2015. Não foi possível identificar se o Comitê de Avaliação não se reuniu nesse período ou se o material não foi disponibilizado à pesquisadora.

Por meio das contribuições do entrevistado E3, constatou-se que a auditoria do TCU (TCU, 2017) influenciou a regulamentação do programa, subsidiando a instituição da Portaria de Consolidação n.º 5 de 2017. O entrevistado E3 comenta que:

[...] a auditoria do programa na totalidade, a primeira, foi em 2017 [...]. Nós tivemos a oportunidade de fazer uma interação grande com a equipe do TCU, porque eles tinham muitas dúvidas antes de começarem a fazer a auditoria propriamente dita, o que mostrava que, de fato, a governança estabelecida no programa não era nada fácil [...]. Eles fizeram uma auditoria bem ampla [...], inclusive para elaborar um plano de ação. E o interessante é que esse plano de ação, até mesmo por conta das conversas que a gente teve com a equipe do TCU, vários pontos deles já estavam sendo implementados, né? E alguns deles, inclusive, era para a Portaria, a última Portaria do programa que saiu com o ministro Ricardo Barros, várias das mudanças promovidas por essa Portaria foram em função, inclusive, do plano de ação que a gente ficou de apresentar para o Tribunal de Contas na época. Mas, assim, vários pontos que o TCU apontou nesse relatório, de fato constituíam ou constituem ainda, acho eu, fragilidades do programa que precisam ser aperfeiçoadas (E3).

Cabe destacar a percepção de que tanto “governança estabelecida no programa não era nada fácil”, como que nesse processo de auditoria foi se delineando um projeto de ação que

resultou em mudanças na forma de instituição do PROADI-SUS. Parece possível deduzir que as fragilidades já eram perceptíveis há determinado tempo, com diversas indicações nas atas de necessidade de qualificação e melhoria do programa, porém que até então não foi possível uma mediação institucional frente às questões políticas e grupo de pressão dos atores em questão. Foi necessária uma intervenção institucional do Tribunal de Contas da União para normatizar algumas questões.

Ao comparar a Portaria de Consolidação n.º 5 de 2017 com a ata da reunião do Comitê Gestor, de 27 de julho de 2017, é possível perceber algumas divergências nos encaminhamentos dados por esse órgão colegiado com a regulamentação efetivada.

Foi observada, na ata, a restrição de gastos com parametrização de custos, com limite dos percentuais máximos de 25% do valor total do projeto para gastos destinados a passagens e diárias; além de ser delimitado 40% dos recursos para obras, reformas, aquisição de equipamentos e materiais permanentes. No entanto, essas questões não foram incorporadas na Portaria de Consolidação n.º 5, aprovada em setembro de 2017. Outro aspecto aprovado na reunião do Comitê Gestor e não incorporado na portaria foi a determinação de que os valores propostos de prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares deveriam ser os mesmos praticados na Tabela SUS.

Essa divergência na última regulamentação com a síntese da ata do Comitê Gestor parece dar indícios, também, de como se estabeleceu a relação do Estado com as instituições privadas que fazem parte do programa. Obviamente, foi negociada a margem de critérios para realização dos projetos, garantindo uma flexibilidade maior às instituições filantrópicas. No entanto, o Comitê Gestor era então composto pelo Ministro da Saúde e pelos presidentes do CONASS e CONASEMS, atores políticos importantes, mas que tiveram, de alguma forma, seus encaminhamentos censurados.

Entre algumas das alterações implementadas, a Portaria de Consolidação nº 5 de 2017 estabeleceu que, caso houvesse alteração do plano de trabalho, haveria um limite máximo de 20% do valor originário do projeto para alteração, mediante autorização do dirigente máximo da área técnica responsável. Além disso, como apresentado na terceira seção, essa portaria também instituiu ser vedada, na prestação dos serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares, a previsão de outras atividades referentes às áreas de atuação do programa.

Fica claro com esses achados de que, a relação entre os hospitais e o Ministério da Saúde havia, para além da “pouca integração” citada no relatório da Oficina de Avaliação do 1º Ciclo do PROADI-SUS, uma perspectiva conflituosa e divergente em diversos pontos. Mais do que

uma possibilidade de confluência de interesses, há a análise de um discurso fetichizado que desconsidera a ambiguidade que se estabelece no programa. Reproduzem-se, novamente, os discursos de eficácia e eficiência, com o Estado tendo que assumir o papel de regulador, mas, em simultâneo, questiona-se o processo de burocracia de seu funcionamento, sem estabelecimento de qualquer tipo de critério de avaliação e monitoramento efetivo. Isso é reforçado pelo entrevistado E2, da seguinte maneira:

[...] é uma relação [dos hospitais com o Ministério da Saúde] sempre muito complicada, muito lobby. Então, assim, por mais que você tenha uma área técnica ou um departamento cuidando da parte administrativa, existia sempre muita pressão dos hospitais para a definição dos interesses deles junto ao próprio gabinete do ministro.

Fica claro que, para além de questões operacionais da gestão do programa, a pressão do empresariado acabou por subsumir as ações ao interesse do capital, e o movimento que operou realmente se deu pautado por aspectos políticos e econômicos, da mesma forma que se discutiu o estabelecimento dos “critérios de elegibilidade” para inserção nessa forma de filantropia. Há uma clara descaracterização da análise técnica e do *modus operandi* da esfera estatal para a implementação da política social, inviabilizando aspectos básicos de avaliação e monitoramento de um programa com recursos consideráveis no cenário de subfinanciamento do setor.

Outro documento que traz questionamentos sobre o CEBAS-Saúde é o Relatório de Avaliação sobre a certificação de Entidades Benéficas de Assistência Social na área da saúde, elaborado pela CGU e publicado em julho de 2020 (BRASIL, 2020a). Por mais que essa publicação tenha sido realizada a partir de avaliação do exercício de 2019, período esse que não está no recorte de análise desta tese, optou-se por apresentar as ponderações que reforçam, ainda recentemente, os achados por meio da análise documental e entrevistas.

Esse relatório faz menção, novamente, a evidentes falhas no que tange à aprovação, acompanhamento da execução, avaliação da prestação de contas e incorporação ao SUS dos resultados dos projetos executados. Indicou-se falhas no PROADI-SUS, o qual não tem atingido seu objetivo fundamental: o fortalecimento do SUS por meio da transferência, desenvolvimento e incorporação de novos conhecimentos e práticas em áreas estratégicas definidas pelo Ministério da Saúde. Aponta-se a necessidade de ajustes na execução desse programa, tendo em vista os altos valores despendidos em isenção tributária em paralelo ao baixo retorno em termos do desenvolvimento institucional do SUS.

Uma constatação destacada no relatório, referente às entidades que possuem o CEBAS-Saúde, é que a isenção fiscal e os benefícios tributários se davam tanto para as matrizes (instituições que exercem ações econômicas na área da saúde) como às filiais de entidades certificadas, as quais desempenham atividades econômicas distintas da saúde. Essa questão não foi relacionada diretamente com o PROADI-SUS no documento, mas pela caracterização dos hospitais que compõem o programa, constituindo-se como um verdadeiro conglomerado atuando em diversas áreas entre elas a saúde e a educação, pode ser considerada na análise aqui desenvolvida.

A extensão dos benefícios tributários para as filiais, segundo a Controladoria-Geral da União, distorce os objetivos da política pública, o que demanda revisão do marco legal para se buscar o equilíbrio entre o gasto tributário suportado pelo Governo Federal e os resultados alcançados como ampliação do acesso aos serviços de saúde⁴³.

Questionamentos sobre a ausência e insuficiência de um sistema estruturado que possibilite a análise do cumprimento dos requisitos dispostos na Lei n.º 12.101/2009 e no Decreto n.º 8.242/2014 são presentes em outras áreas, não apenas frente à discussão do CEBAS Saúde. Em relatório de Avaliação do CEBAS-Educação, elaborado pelo Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas, referente ao ciclo de 2019, constatou-se que os mecanismos e as ferramentas de controle utilizados durante as análises dos processos de concessão e renovação dessa certificação são insuficientes para garantir a veracidade das informações (BRASIL, 2019).

---

⁴³ Dentre as 1.095 entidades da amostra, foi possível identificar que 158 CNPJ filiais, pertencentes a 74 pessoas jurídicas, que declaram atuar na área da saúde, embora não tenham registro próprio no CNES, tampouco estejam cadastradas como endereços complementares de um estabelecimento já existente. Dentre as 1.095 entidades da amostra analisada, foram identificados 78 CNPJ filiais, pertencentes a 32 pessoas jurídicas, que não estão relacionadas à prestação de serviços na área da saúde, educação ou assistência social e mesmo assim recebem isenção fiscal por cadastro da matriz. A seguir, a descrição da classificação nacional da atividade econômica e número de CNPJ identificados referente a esta classificação: atividades de organizações religiosas ou filosóficas 20; atividades de associações de defesa de direitos sociais 9; atividades de teleatendimento 4; lanchonetes, casas de chá, de sucos e similares 3; cultivo de eucalipto 3; cultivo de cana-de-açúcar 3; comércio varejista de produtos farmacêuticos, sem manipulação de fórmulas 3; estacionamento de veículos 2; outras atividades de recreação e lazer, não especificadas anteriormente 2; planos de saúde 2; casas de festas e eventos 2; criação de bovinos para corte 2; comércio atacadista de animais vivos 2; depósitos de mercadorias para terceiros, exceto armazéns gerais e guarda-móveis 2; serviços combinados de escritório e apoio administrativo 1; outras atividades de serviços prestados principalmente às empresas não especificadas anteriormente 1; atividades de bibliotecas e arquivos 1; atividades de rádio 1; atividades funerárias e serviços relacionados não especificados anteriormente 1; atividades associativas não especificadas anteriormente 1; serviços de sepultamento 1; comércio varejista de livros 1; comércio varejista de suvenires, bijuterias e artesanatos 1; gestão e manutenção de cemitérios 1; pesquisa e desenvolvimento experimental em ciências físicas e naturais 1; hotéis 1; restaurantes e similares 1; atividades de museus e de exploração de lugares e prédios históricos e atrações similares 1; serviços de funerárias 1; lavanderias 1; tratamento e disposição de resíduos não-perigosos 1; organização logística do transporte de carga 1; outras atividades associativas profissionais 1 (BRASIL, 2020a).

Isso vai ao encontro de um dos pontos de orientação das contrarreformas estatais orientadas para o mercado, como foi apresentado no Capítulo 1. Almeida (1999) faz referência de que um dos pilares desse processo corresponderia a manter o foco na mudança de procedimentos e nos processos, e não da estrutura organizacional. A intenção primordial seria garantir a flexibilidade gerencial e romper com as “barreiras burocráticas”. Após essa exposição, fica explícito que a estrutura organizacional e monitoramento ficaram secundarizados.

Também se registra, nesse relatório de Avaliação do CEBAS-Educação, a ausência de um sistema informatizado, sendo indicado que a apresentação se dá a partir de estimativas da quantidade de bolsas concedidas, sem avaliação efetiva dos resultados concedidos. A “comprovação” das vagas se efetua por declaração da entidade requerente e, segundo o relatório, não há controle estatal que forneça razoável segurança quanto à efetiva existência das bolsas ou regulação da sua destinação ao público-alvo: estudantes de baixa renda. Inteira-se, ainda, que os mecanismos de prestação de contas e de transparência, princípios de governança pública, são pouco eficazes, especialmente no que se refere às informações financeiras da política pública, protegidas por sigilo fiscal. Dessa maneira, as informações relativas à renúncia, da mesma forma que à arrecadação, somente são divulgadas de forma agregada, sem se poder indicar quais os contribuintes beneficiados ou quanto cada um recebeu. Isso reforça que esse pode ser um traço dessa nova forma de configuração da filantropia mercantil e não algo específico do programa aqui estudado.

Por meio do exposto, pode-se observar que as promessas de melhoria do que representaria a “reforma gerencial” são insuficientes. A flexibilidade gerencial e suposta remoção das “barreiras burocráticas” reduzindo as normas, procedimentos e estruturas do aparelho de Estado não têm se demonstrado mais eficientes como prometido, pelo contrário, demonstrou-se uma falta de monitoramento, avaliação e ampliação da política pública.

3.2 Avaliação financeira e abertura da prestação de contas

Para além do monitoramento e acompanhamento dos projetos, a avaliação financeira é algo que recebe destaque. Como exposto na primeira seção deste capítulo, uma das justificativas de implantação do PROADI-SUS foi a utilização dos recursos de renúncia fiscal de maneira mais eficiente, considerando haver um contexto de restrição orçamentária frente à EC n.º 95, a partir de 2016. Além disso, se encontra presente também nos argumentos que esse recurso acaba

não compoendo o Orçamento da União e, assim, teria uma forma “mais flexível”, sem ser necessário passar pela “burocracia estatal”, para implementar a política pública.

O entrevistado E4 afirma que a parceria é interessante quando há uma apropriação do programa pelo interesse “coletivo”/estatal, o que possibilitaria “escapar” de algumas legislações do setor público. Segundo ele:

[...] a parceria dos hospitais com o serviço público por meio do Ministério é muito positiva, quando a demanda é nossa, com o recurso deles, com entrega do que nós precisamos. Então, assim, mais uma vez, nós não temos capacidade de fazer com rapidez, com eficiência, com o tipo de contratação desses produtos que são necessários. [...] [no setor estatal] eu não compro o que eu quero, eu compro aquilo que estiver no regramento legal da legislação, da Lei de Licitações [...] às vezes, um excesso de burocracia desnecessário. E, nessa altura eu falo dos excessos, eu não falo da burocracia, a burocracia é necessária. Em muitas situações... eu diria até na maioria das situações, ela protege, ela traz um viés de proteção para os atos administrativos que é necessário, mas o excesso é ruim (E4).

Aparece, nessa afirmativa, a perspectiva de agilizar o processo fugindo das burocracias desnecessárias, utilizando-se recurso proveniente da isenção fiscal sem que as instâncias estatais tivessem que ofertar o recurso. Mas fica clara também a perspectiva de que deveria viabilizar os interesses das políticas públicas, com referência à “nossa demanda” e com “entrega do que nós precisamos”.

No entanto, ponderações sobre esse conflito de interesse relacionado com a suposta agilidade na execução dos projetos aparece na fala do entrevistado E2:

Uma questão importante é que, como não é um orçamento do ministério, a execução desse recurso é muito mais rápida. Então eu penso que tem uma vantagem nesse sentido. Bom, eu não diria vantagem do programa na totalidade, mas visto estar dado, buscava-se pensar como utilizar estes recursos. Porque, na verdade, você tem um jogo aí, os interesses dos próprios hospitais. Eles vão querer também fazer coisas que sejam do interesse deles. Então era necessário achar um meio-termo de algo que interesse ao hospital e que interessasse à equipe técnica do Ministério (E2).

Fica clara a relação e o argumento atrelado às questões da contrarreforma gerencial, como apresentado no capítulo 1 desta tese. Como um dos eixos da contrarreforma, argumentava-se pela remoção das “barreiras burocráticas”, excesso de normas, procedimentos e estruturas do aparelho de Estado, numa perspectiva privilegiando a ideia de “gerenciamento” em oposição à de “controle burocrático hierarquizado” (ALMEIDA, 1999). No entanto, como

pode ser observado na fala apresentada, esse processo não é avaliado necessariamente como “fazendo com que o Estado funcione melhor”, perspectiva tão prometida pelos defensores da contrarreforma. Há a ponderação sobre a necessidade de negociação e de como encontrar um “meio-termo” entre os interesses do setor privado e os interesses da equipe técnica do Ministério.

Outra questão recorrente no material analisado é referente aos custos e aos valores a serem pagos. Como apresentado na segunda seção desse capítulo, a filantropia tradicional é calculada na prestação de serviços a partir da tabela SUS. No entanto, o arranjo institucional de filantropia pautado na realização de projetos é calculado na tabela de mercado.

No relatório de auditoria do TCU (TCU, 2017), destaca-se que os valores dos projetos estavam acima da Tabela SUS para procedimentos ofertados por outras instituições, como já relatado na terceira seção deste capítulo. Constata-se uma significativa diferença de preço de exames e procedimentos referente aos projetos assistenciais.

O fato de que essas parcerias público-privadas acabam por gerar uma tendência de maiores custos também é referido na literatura, considerando os “novos modelos de gestão” implementados a partir de 1995, com a contrarreforma do Estado (CARDOSO, 2012; LIMA; BRAVO, 2015)⁴⁴.

Frente a essa questão, o TCU fez a recomendação ao Ministério da Saúde de que se deve exigir do Gestor Local a comparação dos custos dos procedimentos praticados nos hospitais que compõem o PROADI-SUS com os constantes da Tabela SUS, nos projetos de apoio assistenciais. Sugere-se que se indefira projetos nos quais não haja tal análise e cujo objeto pudesse ser contratualizado ordinariamente pelo SUS por valor inferior ao cobrado no PROADI-SUS.

Compreende-se que apesar de ser posta essa questão para a gestão local, isso acaba sendo inviável, pois, na prática, as ações realizadas pelo programa não correspondem a um custo para a Gestão Local. Dessa forma, o órgão que precisaria fazer essa regulação deveria ser o próprio Ministério da Saúde, o qual repetidamente não estabeleceu nenhum tipo de ação nesse sentido. Retoma-se, aqui, o fato de que na reunião do Comitê Gestor, em julho de 2017, para a

---

⁴⁴ Lima e Bravo (2015) demonstram, em estudo realizado no município do Rio de Janeiro sobre os contratos celebrados com as OS (2009–2013), que, sem necessariamente fazer um processo de licitação e por ter autonomia de decidir sobre os procedimentos que devem adotar para a contratação de obras e serviços, bem como para compras e alienações, as entidades contratadas pela prefeitura acabaram pagando um preço maior por serviços, medicamentos e produtos. Cardoso (2012) apresenta que em relatório do TCM/RJ, ao estudar Unidades de Pronto Atendimento (UPA) municipais que estão sob gerência de OS, foram revelados gastos excessivos. Foi identificado um valor de 56% a mais por serviços de limpeza, 168% por remédios (antibióticos, antitérmicos, analgésicos e anti-inflamatórios) e 51% a mais por gases medicinais em serviços geridos por OS.

elaboração da Portaria de Consolidação n.º 5 de 2017, foi aprovada a avaliação dos projetos considerando a Tabela SUS. No entanto, essa questão não foi incorporada na portaria ao ser publicada.

Pode-se identificar no relatório do TCU que os hospitais contra-argumentam que a Tabela SUS estaria desatualizada e não seria pertinente para utilização como parâmetro dos valores no pagamento dos contratos celebrados, visto que não existiria prestador do serviço que recebesse somente o valor constante da Tabela SUS. Além disso, afirmam que os valores envolvidos no programa seriam referentes à imunidade e às contribuições sociais, sendo eminentemente privadas.

Questiona-se ainda, frente a questões dos custos, que deveria ser estabelecida avaliação prévia do orçamento geral, processo esse que não era realizado. O relatório pondera haver uma ausência de parâmetros de comparação na análise dos projetos demandados e cartas consulta pelo Ministério da Saúde, levando a uma aprovação dos projetos com orçamentos sem verificação dos preços de mercado ou de referência. Questionamentos frente à tabela SUS e à tabela de mercado ocorreram envolvendo os projetos de cunho assistencial. Porém, a questão do custo foi algo pautado em todas as áreas de atuação do PROADI-SUS.

Segundo o relatório do TCU, isso impactaria em um potencial gasto maior nos projetos, com possível diminuição da eficiência e efetividade dos projetos e do Programa. Ainda referente aos valores, sugeriu-se desenvolver um banco de dados onde ficassem registrados os itens mais importantes de cada tipo de projeto de apoio (materiais, mão-de-obra, procedimentos, dentre outros), definidos pelos hospitais com os setores técnicos responsáveis pela análise dos custos nas Secretarias Finalísticas do Ministério da Saúde e entidades vinculadas. Além disto, deveria ser exigido dos hospitais pesquisas e consultas dos preços de mercado das atividades, insumos, materiais, itens utilizados nos projetos e a respectiva alimentação dos valores utilizados nos orçamentos iniciais e dos custos da execução nos bancos de dados a serem desenvolvidos (TCU, 2017).

Os hospitais apresentaram a posição, segundo o relatório, de que o ideal seria o Ministério da Saúde focar seus esforços para avaliar se os valores praticados/executados foram atingidos, e não focar se os valores orçados foram realmente realizados conforme o mercado. Mostra-se, portanto, mais uma vez a resistência ao diálogo, com a polarização entre os interesses do setor privado e do setor estatal. Isso vai ao encontro de um dos relatos do entrevistado E2:

A prestação de contas tinha que ser considerada no sentido de que os hospitais também tinham que abrir as suas planilhas de custos. E esse sempre foi um ponto muito complicado. Porque é uma dificuldade, eles não queriam abrir de uma forma muito detalhada quais eram os custos de cada um desses projetos. Então, para se regulamentar isso e fazer a discussão das Portarias, esse aspecto sempre era uma questão e envolvia essas pendências. [...] era um processo em construção e com muita dificuldade, tenso especialmente devido à questão financeira (E2).

Fica claro, seja por meio do relatório do TCU, como da entrevista, de que havia uma dificuldade de avaliação financeira para além da definição da referência dos preços e tabela utilizada para a base da contratualização dos projetos.

No relatório do TCU (TCU, 2017), retoma-se que em qualquer projeto, processo, compra, contratação que envolva a administração pública, deve haver a obtenção de orçamentos prévios para verificação da compatibilidade dos valores a serem despendidos em função dos princípios constitucionais da economicidade e da efetividade. No caso do programa aqui estudado, a exceção estaria ocorrendo. Argumenta-se ainda que, como previstos no artigo 11, da Lei n.º 12.101/2009, cabe ao Ministério da Saúde fiscalizar e monitorar o dispêndio dos valores. Desse modo, não importa a natureza dos valores aplicados no PROADI-SUS (se seria público ou privado), pois conforme previsão legal, os hospitais deveriam aplicar os valores referentes à contribuição social em projetos de apoio, os quais deveriam ser analisados pelo setor estatal para a emissão da certidão e direito às isenções tributárias.

No relatório da auditoria coloca-se, de qualquer forma, como sugestão, o envolvimento do DENASUS de modo a auxiliar os setores técnicos do Ministério da Saúde com capacitação em noções de contabilidade, análise de notas fiscais e outros procedimentos de controle e auditoria, utilizando-o como apoio para esse poder ter maior subsídios na avaliação financeira dos projetos.

Isso reforça os dados encontrados por meio da análise das atas do Comitê Gestor. A relatoria da reunião do Comitê Gestor de 10 de outubro de 2013 explicitou a falta de apresentação de documentação comprobatória dos gastos efetuados. Nessa reunião, um dos pontos de pauta foi “Discussão sobre os problemas na análise da execução financeira”. Para exemplificar essa questão, destaca-se um trecho da ata:

Os representantes da SCTIE, Dr. Antônio Carlos e Dra. Márcia Motta, levantaram a questão das dificuldades na análise da execução financeira pelas áreas técnicas das secretarias finalísticas, apontando vários fatores: falta de expertise das áreas técnicas, falta de informações detalhadas nos relatórios de atividades e de auditoria independente, ressaltando a pouca efetividade desse último relatório, que não traz

nenhum detalhamento da execução financeira, bem como a falta de documentos que comprovem a execução dos gastos (Ata do Comitê Gestor de 10/10/2013, p. 4)

Nessa ocasião, os representantes da SCTIE sugeriram que fosse retirada das secretarias finalísticas a atribuição de análise da execução financeira, devendo passar para a Secretaria Executiva. No entanto, o então coordenador da CPCN do DESID contra-argumentou afirmando que deveria ser criada capacidade nas áreas técnicas para análise da execução financeira e que essa competência não deveria ser passada para outras instâncias. Explicita-se a contradição frente a essa questão. Como o DESID, que a princípio teria uma *expertise* nessa questão⁴⁵, reafirma a descentralização da avaliação para as áreas técnicas frente às dificuldades apresentadas?

Todo o processo de análise permite a compreensão de que essa decisão não perpassa por algo técnico ou da estrutura organizacional, mas reflete novamente a subsunção da política aos interesses do setor privado. Mais uma forma de reforçar essa consideração ocorre por meio da ata da reunião do Comitê Gestor do dia 10 de outubro, que registrou a ponderação do coordenador da CPCN de que, ao ser publicada a Portaria n.º 1.826/2012, aspectos que haviam sido pactuados referentes à apresentação de documentação comprobatória dos gastos efetuados foram parcialmente revogados. Assim, não foram incluídos os artigos em que se solicitava que os hospitais apresentassem as cópias das notas fiscais, folha de pagamento e recibos de pagamento pela prestação de serviços.

No relatório do TCU (TCU, 2017) pondera-se, ainda, que houve a realização de projetos com a intenção única de não serem realizadas licitações e de agilizar o processo de contratação com liberdade de escolha de fornecedores. Há inúmeros exemplos de projetos em que houve uma expressiva, se não total terceirização das ações, onde os hospitais atuaram como meros financiadores das atividades. Segundo o TCU, para além da desvirtuação do propósito de se aproveitar a experiência dos hospitais, há um impacto no aumento de custos por ausência de concorrência e direcionamento de fornecedores, em que o hospital se tornou um mero repassador de recursos para pagamento dos fornecedores do projeto. Mais grave ainda, indicou-se que, além

---

⁴⁵ Em material do DESID (BRASIL, 2015), é indicada a atribuição, por meio da Coordenação de Monitoramento de Custos (CMC) de: desenvolver trabalhos sobre eficiência do uso de recursos no âmbito do próprio Ministério da Saúde; ter como uma de suas ações o Banco de Preços em Saúde, sendo um sistema de informação gerido pelo DESID que atua como mecanismo de acompanhamento do comportamento dos preços de produtos para a saúde no mercado, de modo a auxiliar as instituições na redução dos dispêndios com compras dos produtos de saúde; além de constituir o Núcleo Nacional de Economia da Saúde (NUNES) que fomenta pesquisas e realiza estudos econômicos para subsidiar as decisões do MS na formulação e implementação de programas e projetos no âmbito do SUS.

desse processo de terceirização das ações, houve casos em que, nos custos, foram incluídos a administração e manutenção da estrutura de filantropia, sendo que tais custos seriam desnecessários, visto que nesses projetos os hospitais atuaram apenas como meros repassadores de recursos.

Problematizou-se também que não haveria vantagem para o hospital em economizar no orçamento apresentado, “[...] pois, quanto maior for o gasto despendido com o projeto, maior será a isenção fiscal recebida” (TCU, 2017, p. 12). Indicou-se que o Ministério da Saúde deveria exigir, além dos dados registrados, que os orçamentos dos projetos tivessem sido comprovadamente obtidos por pesquisas e consultas dos preços de mercado das atividades, insumos e materiais necessários para realização dos procedimentos. Sugeriu-se, também, que deveria ser feita a análise dos custos do projeto com a utilização dos dados dos custos orçados e executados (valores históricos e de outros hospitais), para verificação da razoabilidade dos orçamentos desenvolvidos pelos Hospitais nas propostas dos projetos de apoio.

Cabe ressaltar que a tão valorizada introdução de mecanismos de competição de mercado referenciada pelos defensores da contrarreforma gerencial, como “verdadeiros” incentivos para atingir maior eficiência e construir uma gerência mais competente estão totalmente ausentes nesse processo. Não são apresentadas consultas dos preços de mercado das atividades, insumos, materiais, itens utilizados nos projetos e a respectiva alimentação dos valores utilizados nos orçamentos iniciais e dos custos da execução nos bancos de dados a serem desenvolvidos, aspectos esses solicitados pelo TCU enquanto representante do órgão estatal.

Outra questão identificada no material analisado foi referente ao processo de terceirização dos projetos. Por meio da ata da primeira reunião do Comitê Gestor, do dia 12 de maio de 2011, em material anexado para proposta de novas resoluções do Comitê Gestor, fez-se referência de que era esperado que os hospitais, ao propor projetos, tivessem “[...] internamente a tecnologia apropriada e condizente com a sua natureza e que, dessa forma, evite a terceirização de sua realização por outra instituição ou grupos de pesquisa” (material anexo à Ata do Comitê Gestor do dia 12/05/2011, p. 1).

Nas entrevistas também se realizou referência a essa questão, destacando projetos principalmente na área de capacitação e pesquisa (E1 e E2). Observou-se que, posteriormente, os hospitais passaram a desenvolver estruturas internas para realização de parte dessas atividades, apesar de que, de início, grande parte dos projetos foram realizados por outras instituições. Essa questão, a partir da leitura dos projetos, também foi constatada, apresentada na seção 3 deste capítulo, ao se discutir as áreas de atuação.

No relatório do TCU, ponderou-se haver a terceirização total de projetos de *software*, por exemplo, os quais, segundo o relatório, seria perfeitamente delineáveis por meio da utilização da expertise do DATASUS e dos setores técnicos do Ministério da Saúde, com utilização do procedimento da licitação para escolha do fornecedor do software (TCU, 2017). Segundo o relatório, caso os projetos fossem realizados pelos setores estatais, isso poderia facilitar o alinhamento das necessidades dos setores técnicos, com o intuito de facilitar sua inserção nos sistemas informatizados da instituição. Outro exemplo se refere a projetos de capacitação profissional, os quais contaram com a contratação de professores/instituições de ensino para ministrar os cursos.

Os auditores indicam que não se nega a importância de alguns serviços ou ações realizadas, considerando inclusive a grande necessidade de ampliação da assistência e apoio ao SUS, mas questionam esse processo de terceirização das ações. Considera-se que alguns projetos não correspondem a uma das especialidades dos hospitais (como a construção do complexo hospitalar do Hospital Restinga-Extremo Sul, pelo Hospital Moinhos de Vento, no triênio 2012–2014), ainda mais considerando que os projetos desenvolvidos pelo programa não passam por uma avaliação dos custos e dos resultados atingidos.

Apesar de uma indicação de aumento de eficácia e eficiência das políticas sociais por meio da privatização e terceirização da gestão (BRESSER-PEREIRA, 1997a; 1997b), esse fato também se encontra expresso como preocupação na literatura.

Ocké-Reis e Sophia (2009), por exemplo, ressaltam que essa tendência acaba por constituir uma dificuldade pela elevação dos custos. Os autores expressam ressalvas também referentes à regulação do sistema de saúde, levando a problemas de planejamento; dificuldade na regulação da incorporação tecnológica, com influência do complexo médico-industrial; problema de organização dos profissionais de saúde com diferentes vínculos; e dificuldade na equidade de acesso.

Andreazzi (2013) refere que a baixa capacidade de regulação do Estado frente aos processos de terceirização e privatização representaria uma das grandes fragilidades que as contrarreformas gerenciais consolidaram às políticas sociais nesse período. A autora discute a instituição dos “novos modelos de gestão” e afirma que esse modo de operar torna o Estado refém das empresas e dos interesses do mercado. A partir de sua análise, Andreazzi refere que, uma vez contratada ou estabelecido o convênio com as empresas privadas, há pouca autonomia por parte da gestão pública a longo prazo para definir essas metas e romper o contrato quando

seu quadro de pessoal próprio será progressivamente extinto e substituído por empregados da empresa.

Um último elemento que a ser destacado a partir da análise do material, é sobre a não equidade de alocação de recursos que a isenção fiscal executada dessa forma reflete. Nesse sentido, o entrevistado E2 faz a seguinte afirmativa:

Mas tem um problema, eu acho, na alocação dos recursos, porque acaba priorizando determinadas unidades da federação. De um recurso, que você deixa de arrecadar, vai para um bolo que deveria ser repartido e depois não reparte, né? Então ele fica centralizado. Então eu penso que, do ponto de vista do financiamento, tem isso, tem a questão que é sempre o gasto tributário *versus* alocação direta, essa questão da iniquidade na alocação desse recurso. E, no caso da assistência, como você vai regular exatamente isso? Será que ajuda a reduzir a desigualdade? (E2)

Fica explícita a ponderação da centralização dos recursos por meio do programa. Por mais que haja o Comitê Gestor com representação da secretaria executiva, do CONASS e do CONASEMS, o recurso que deixou de ser arrecadado acaba por não ser acessado pelas três esferas de governo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Façam-se algumas ponderações do percurso desta tese. Teve-se como objetivo analisar as características do PROADI-SUS, instituído a partir de 2009, considerando o seu teor histórico, sua configuração e como manifesta a articulação da relação público e privado nas políticas de saúde, em diálogo com o contexto de implementação das políticas sociais de maneira mais ampla.

Por meio da análise dos dados, é possível afirmar que o PROADI-SUS é a expressão de uma reconfiguração do setor filantrópico. A partir de 1998, pelo Decreto n.º 2.536/98, foi instituída a concessão do certificado de entidades de fins filantrópicos, por meio da modalidade de desenvolvimento de projetos voltados ao SUS, para além do modelo tradicional de filantropia, que contava com a prestação de serviços de assistência. Assim, instituiu-se, na época, para um setor considerado como estratégico, alternativamente à prestação de serviços ao SUS, com aplicação de parte do faturamento das instituições privadas em ações e apoio institucional.

O avanço dessa política para o setor da saúde e da educação foi marcado, também, pela nova regulamentação do CEBAS, em 2006, por meio do Decreto n.º 5.895. Esse decreto regulamenta uma prática que vinha sendo instituída há oito anos, em que alguns hospitais considerados estratégicos já gozavam da isenção fiscal por meio desse outro arranjo de filantropia. Assim, cabe destacar que uma das justificativas para a criação do PROADI-SUS se deu frente a necessidade de uma maior regulação do setor estatal com essa nova forma de filantropia, que aqui foi denominada filantropia-mercantil.

É fundamental mencionar, portanto, que o primeiro arranjo institucional estabelecido para a implementação do PROADI-SUS foi gestado nos anos 1990, nos governos FHC. No entanto, a regulamentação para as atividades desse tipo de filantropia foi instituída nos governos petistas, nos anos 2000. Como indicado, fica evidente que não é fruto de um único governo ou partido político, mas que veio sendo constituído por um processo histórico com componentes políticos, econômicos e sociais articulados entre si.

O PROADI-SUS se apresenta como um programa que caracterizaria um “outro patamar” nessa relação com esses hospitais, considerados como estratégicos. Foi materializado nos anos 2000, enquanto mais uma forma de associação entre o poder estatal e o setor privado, que estabeleceu um novo arranjo institucional para atuação conjunta. Essa mudança do caráter da filantropia foi marcada inclusive no documento elaborado pelos hospitais que compõem o

programa, intitulado “PROADI-SUS” (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ et al., [s.d.]), havendo referência positiva no avanço desse modelo.

Ao percorrer a análise do material, constata-se a hipótese inicial de que esse programa se configurou no bojo e é expressão da política social implementada no país, considerando uma intensificação da atuação do setor privado na esfera estatal constituída nos anos 1990 com as reformas gerenciais, articulada e ampliada nos anos 2000. No entanto, não só é expressão, como, por meio da análise, pôde-se constatar que se configura como uma clara ampliação do capital atuando nas políticas de saúde, havendo o deslocamento da posição do empresariado. Particularmente, o PROADI-SUS pode ser entendido como mais uma expressão das políticas neoliberais, que levou a novos estatutos jurídicos e a novas formas de compreensão do direito à saúde nas políticas sociais, instituindo um arranjo da filantropia-mercantil no setor saúde.

Compreende-se, assim, que a maneira em que são instituídas as políticas sociais e a compreensão do direito, a regulamentação jurídica e organização da política estatal são reflexo das transformações no modo de acumulação do capital. Este processo está intimamente ligado às contrarreformas gerenciais e orientações de organismos internacionais, como o BM, aqui compreendidas como expressões das mudanças na forma de exploração do trabalho e a reestruturação produtiva a partir dos anos 1970.

As práticas de responsabilidade social empresarial se constituíram como um dos eixos de um novo arranjo da política social brasileira. Constata-se que a filantropia tradicional, na forma de contribuições majoritárias por meio das práticas assistenciais, foi cada vez mais substituída por ações para além da assistencial onde o empresariado acabou por fortalecer intervenções por meio da implementação de projetos sociais gerenciados por organizações privadas. Amplia-se a reprodução do capital no interior do setor estatal.

A literatura apresenta que, como parte das contrarreformas gerenciais, um terceiro momento explicitado nos anos 2000 conta-se com a ampliação da racionalidade da “nova gestão pública” já em curso, cujo enfoque central estava voltado à adaptação e à transferência dos conhecimentos gerenciais desenvolvidos no setor privado para o estatal. Observa-se, de maneira geral, a manutenção do discurso da necessidade de haver uma redução do tamanho da máquina administrativa, aumento da eficiência e redução da dicotomia público-privada, constituindo uma agenda empresarial atrelado às políticas sociais. Considerando a perspectiva de governança, o setor estatal precisaria assumir o papel de liderança na mobilização de redes público-privadas, e o Estado deveria buscar conseguir aumentar as coalizões com outros atores, definindo prioridades e objetivos.

Todos os hospitais que compõem o programa são instituições de grande porte, que concentram grande parte do capital do setor privado da saúde, com investimentos no setor financeiro. Representam, assim, um conjunto significativo do empresariado do setor.

Por meio da análise dos dados, não foi possível identificar critérios técnicos de elegibilidade para as instituições serem inseridas nessa modalidade de filantropia. Reforça-se, assim, a indicação que o PROADI-SUS se constituiu a partir de uma regulamentação de um processo que já estava estabelecido anteriormente, com hospitais que “já nasceram no programa”, como referenciado por um dos entrevistados, estabelecido a partir de critérios políticos e econômicos de influência do grande capital no setor.

Mas é preciso reforçar, também, que os governos petistas foram marcados pela contraditória política em que se buscavam mediações entre o capital e as políticas sociais, instituindo o que alguns autores denominaram política de conciliação de classe, uma das marcas do referido “neodesenvolvimentismo”. Embora de oposição à gestão anterior e que se caracterizava como de cunho popular, foi anunciado, antes mesmo de assumir gestão por meio da “Carta ao Povo brasileiro”, que não haveria ruptura com as gestões antecedentes e seria exaltada a democracia, por meio do estabelecimento das alianças necessárias.

Portanto, o PROADI-SUS pode ser entendido também considerando esta perspectiva de análise, como expressão da manutenção de uma prática que vinha sendo instituída para determinado setor privado nos governos dos anos 1990, e simultaneamente, que se buscou um monitoramento do emprego dos recursos da filantropia e desenvolvimento de ações de interesse do setor estatal.

Como indicado já nas primeiras páginas da tese, o debate do cuidado à saúde e a importância de instituição das políticas sociais para esse setor no momento contemporâneo está pautado em âmbito internacional. No entanto, com as transformações do capitalismo contemporâneo e o avanço das políticas neoliberais frente à crise estrutural do capital, coloca-se em xeque, também, de maneira explícita, o debate de como será constituído o direito à saúde e à política social.

A literatura tem extensa produção que mostra significativas mudanças e reconfigurações das políticas sociais ao longo das décadas de 1990 e 2000 no Brasil. Ao se analisar a tendência colocada para esse setor, percebe-se que vêm se intensificando as mudanças institucionais realizadas nos últimos anos, com as contrarreformas administrativas, conjugadas às demandas provenientes do governo, da iniciativa privada e de outros setores da sociedade. Como apresentado, observa-se uma ampliação do processo de refilantropização, inclusive na área da

saúde, a partir de uma perspectiva filantropia-mercantil, arranjo esse instituído inicialmente no setor de Assistência Social, nos anos 1990, no Brasil. Ampliou-se, assim, a articulação do setor público e privado, articulação essa endógena na implementação das políticas públicas de saúde desde suas primeiras expressões, e têm-se como agentes dessa reorganização instituições internacionais e o empresariado.

Documentos de organismos internacionais, como do BM, reafirmaram nos anos 2000 a necessidade de o Estado atuar em torno do financiamento e da relação do setor com o mercado, assumindo o papel de condutor dos processos de negociação e regulador da oferta de serviços públicos sem, necessariamente, ser responsável pelos serviços e inclusive pelo seu financiamento integral.

O PROADI-SUS se configurou como uma experiência inicial nesse formato de programa, não sendo reconhecidas experiências prévias como essa na gestão estatal no setor da saúde. No entanto, posteriormente, verificou-se a instituição de programas em formato semelhante como o PRONON e o PRONAS/PCD. Todos esses programas estão sob responsabilidade da CPNC do DESID no Ministério da Saúde. Como justificativa para implementação do programa, houve referência da necessidade de não deixar de usufruir da renúncia fiscal que acabava sendo direcionada para as políticas de saúde em um cenário de subfinanciamento sistemático das políticas sociais. Além disso, foi caracterizado como uma forma mais flexível e eficaz de implementar as políticas de saúde, superando, de certa forma, a burocracia estatal.

Foi um processo muito desafiador estabelecer a análise referente aos projetos desenvolvidos e recursos utilizados no programa, dada a significativa imprecisão e à presença de divergência nos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde e publicações referentes ao programa. Somado a isso, percebe-se uma falta de análises tanto referentes a publicação acadêmica como de relatórios oficiais do Ministério da Saúde sobre o PROADI-SUS. Como já referenciado anteriormente, esse é considerado um dado significativo da pesquisa, que explicita a falta de transparência dessa política pública.

A partir dos dados disponibilizados, constata-se que, nos três triênios analisados, foram realizados 407 projetos, totalizando um valor de R\$3.377.444.187,62. Para o triênio de 2009–2011, foram desenvolvidos 124 projetos, considerando recursos de isenção fiscal num valor de R\$600.258.258,93; para o triênio de 2012–2014 foram desenvolvidos 149 projetos, considerando recursos de isenção fiscal num valor R\$1.014.934.455,53; e para o triênio de 2015–2017 foram desenvolvidos 134 projetos, considerando recursos de isenção fiscal num

valor R\$1.762.251.473,16. Constatou-se um aumento real dos recursos do programa, havendo uma variação percentual anual de 40% do primeiro triênio para o segundo e uma variação percentual anual de 42% do segundo triênio para o terceiro. Todos os hospitais ampliaram os recursos de isenção fiscal, com destaque ao Hospital Israelita Albert Einstein e Hospital Sírio Libanês.

Foi aberta a possibilidade, a partir do triênio 2012–2014, de que os hospitais que já compunham o programa e porventura pleitassem financiamento pelo BNDES, poderiam aplicar 5% do financiamento por meio do desenvolvimento de projetos vinculados ao PROADI-SUS. Assim, para além dos projetos do PROADI-SUS referidos, foram desenvolvidos onze projetos PROADI-SUS/BNDES numa quantia de R\$19.406.711,20 e seis projetos PROADI-SUS/BNDES numa quantia de R\$28.028.445,56.

Ao ser analisado o valor médio dos projetos do PROADI-SUS, considerando a referência total para o período estudado, constatou-se um maior valor para o Hospital Israelita Albert Einstein, seguido do Hospital Moinhos de Vento, do Hospital Sírio Libanês, do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, do Hospital Samaritano e por último do Hospital do Coração. Considerando o caso específico do Hospital Israelita Albert Einstein, o valor médio dos projetos no terceiro triênio foi significativamente maior em comparação com os outros períodos, com uma variação percentual de 73% do valor médio dos projetos do primeiro para o terceiro triênio. Ou seja, além de terem ampliado o valor de isenção fiscal, percebe-se um aumento no valor médio dos projetos.

Não foi possível fazer uma análise qualitativa da utilização desses recursos e impacto dos projetos, pois não foi disponibilizado o produto de cada triênio, tão pouco foi encontrada referência de critérios de avaliação e indicadores.

Considerando as áreas de atuação estabelecida na Lei n.º 12.101/2009, pode-se perceber uma mudança de ênfase nas mesmas ao longo dos três triênios estudados. Explicita-se uma redução das ações na área de atuação IV Desenvolvimento de Técnicas e Operação de Gestão em Serviços de Saúde e no seu respectivo financiamento. Uma área que contou com crescimento de investimento e ações foi a área de atuação II Capacitação de Recursos Humanos. Foi constatado aumento no número de cursos de pós-graduação e redução dos cursos técnicos do primeiro para o segundo triênio. Não foi localizada nenhuma justificativa para esta mudança. Frente aos cursos de aperfeiçoamento, houve uma redução na oferta de cursos, seguida de aumento de alunos formados, ou seja, o mesmo curso é reeditado/acessado por um maior contingente de alunos. Os projetos relacionados à área de atuação I Estudos de Avaliação e

Incorporação de Tecnologias contaram com uma redução na proporção de projetos e tiveram seus valores aumentados, o que nos leva a inferir um maior custo para os projetos realizados. Já os projetos relacionados com a área de atuação III Pesquisas de Interesse Público em Saúde mantiveram estabilidade na proporção de ações e valores correspondentes.

Ficou estabelecido que os hospitais que fizessem parte do programa teriam que desenvolver ações assistenciais referente à 30% de gratuidade. Quando se analisam os recursos destinados aos projetos desenvolvidos na área de atuação V Projetos Assistenciais, observa-se aumento de recursos para estas atividades. Foi constatada a ocorrência pelo TCU, em alguns casos, da superação do limite de 30% para desenvolvimento de projetos de apoio assistencial, fato esse questionado na auditoria do programa. A partir de publicação acadêmica sobre o programa, houve indicação de uma redução no número de consultas e exames do primeiro triênio para o segundo, e uma ampliação do número de cirurgias e procedimentos de alto custo.

Uma questão problematizada na área de atuação V foi que, diferente da filantropia tradicional, que prevê oferta de 60% dos recursos em ações assistenciais para o SUS, pautados na Tabela SUS, o PROADI-SUS determina 30% dos recursos para ações desta modalidade, a partir da tabela de mercado. Assim, percebe-se que os procedimentos realizados nesse eixo acabam sendo mais caros quando comparados com ações da filantropia tradicional ou de convênios estabelecidos com o setor complementar. Há constatação, pelo TCU, de uma diferença percentual do preço PROADI-SUS de até 594% em determinados tipos de procedimentos quando comparados com os valores da Tabela SUS.

Diversos documentos indicam que os projetos dão suporte e são uma maneira mais eficiente de implementação das políticas públicas de saúde. Mas a questão que enfatizamos é: eficiente para o quê e para quem?

Há dados que indicam um benefício direto às instituições privadas, para além da isenção concedida propriamente dita. Uma análise inicial da descrição dos projetos já permitiu identificar haver ações que beneficiavam diretamente os próprios hospitais, constituindo e ampliando a sua infraestrutura. Como não foram disponibilizados dados mais detalhados dos impactos e produtos desses projetos, fica o indicativo da necessidade de futuras pesquisas nesse sentido.

Paralelo a isso, nos documentos analisados, uma problemática que se mantém na análise dos projetos das diversas áreas de atuação do programa é sobre o alinhamento dos projetos às diretrizes e políticas do SUS. Percebe-se um contraste nos projetos do PROADI-SUS e demandas do RAG (BRASIL, 2018b), seja referente aos indicadores e às demandas de saúde,

como inclusive o linguajar e termos conceituais utilizados em ambos os materiais. Observa-se, também, um privilégio para intervenções considerando áreas que demandam alta tecnologia e especialização, ações estas que apresentam maiores custos. Nos escassos materiais que se apresenta uma avaliação do programa, é pontuada a necessidade de maior articulação das instâncias estatais colegiadas, visando um diálogo mais estreito para o estabelecimento das ofertas dos hospitais com as necessidades existentes.

Destaca-se, também, que projetos ultrapassaram o âmbito das instituições, disseminando de modo variado para os serviços de saúde dos modelos assistenciais e de gestão desenvolvidos pelos hospitais e este setor empresarial. Fica clara a incorporação de ferramentas gerenciais do setor privado ao serem implementadas e incorporadas às políticas sociais, com fortalecimento do empreendedorismo e capilarização das ações do empresariado no campo do trabalho social.

Referente à gestão do programa, foi possível caracterizar três momentos distintos sobre a estrutura administrativa: um primeiro momento, de 2009 a 2011, quando a gestão foi centralizada na Secretaria Executiva; um segundo momento, de 2011 a 2015, com a constituição do Comitê Gestor por uma instância colegiada e um Comitê de Avaliação voltado para avaliação de resultados e criação de indicadores dos projetos; e um terceiro momento, de 2015 a 2017, com a constituição do Comitê Gestor centralizado composto pelo Ministro da Saúde e pelos presidentes do CONASS e CONASEMS, e o Comitê de Avaliação como um espaço colegiado mais ampliado para avaliação do processo.

Por meio da análise do material e da triangulação de informações, apesar de ser indicado que o PROADI-SUS possibilitava ao Ministério da Saúde um avanço no monitoramento do emprego dos recursos desse modelo de filantropia, há a constatação de uma grande fragilidade no acompanhamento/monitoramento. Não que não tenha se constituído um espaço de melhor caracterização do recurso, até porque há referência de ausência quase que completa de acompanhamento dos projetos até então instituídos. No entanto, a dificuldade na gestão do programa é marcada tanto nas atas do Comitê Gestor, Comitê de Avaliação, do relatório de auditoria do TCU (TCU, 2017), do relatório da Oficina de Avaliação do 1º Ciclo PROADI-SUS (BRASIL, 2013a), como nas falas dos entrevistados.

Apesar desse novo arranjo institucional ser referido como um dos principais programas e modelo para a implementação de novas políticas ministeriais, com a meta inclusive de aumentar a transparência das ações das instituições filantrópicas, contraditoriamente há uma significativa fragilidade na gestão do programa e uma imprecisão das informações.

Não se pode deixar de fazer referência de que há um questionamento feito pelos hospitais sobre o monitoramento dos recursos e critérios de avaliação. Há um debate sobre apresentação da prestação de contas com abertura das planilhas (prática essa que não é realizada), além de ausência de pesquisas e consultas dos preços de mercado das atividades, insumos, materiais e itens utilizados nos projetos. Reforça-se que a falta de transparência, dificuldade em acesso aos materiais e a presença de divergência nos materiais disponibilizados pelo Ministério da Saúde e nas publicações referente ao PROADI-SUS já podem ser considerados um dado significativo da pesquisa.

Da maneira que se instituiu o programa, a discussão de realização do projeto se dava por meio da carta consulta, sem detalhamentos maiores do potencial de gastos. Foram identificados questionamentos sobre a ausência de um sistema estruturado que possibilite a análise do cumprimento dos requisitos dispostos na Lei n.º 12.101/2009, insuficientes não apenas para a área da saúde. Em relatório de Avaliação do CEBAS-Educação, essa fragilidade do monitoramento e avaliação também é referida (BRASIL, 2019).

Mesmo havendo referência positiva sobre a *expertise* que esses hospitais possuem e à instituição de projetos que são necessários ao setor das políticas públicas de saúde, a terceirização parcial ou total dos projetos destacada nas atas do Comitê Gestor e na auditoria do TCU acabaram por não sustentar as ponderações indicadas. Na prática, o programa se constituiu apenas garantindo os recursos, estes sem a possibilidade de acompanhamento e monitoramento pela esfera estatal.

Um dos grandes argumentos para a instituição da contrarreforma gerencial era que, por meio dessa, o Estado assumiria o papel de regulador, o que se mostra extremamente frágil nesse programa. Por meio dos diversos materiais analisados identificou-se que o Estado não executa esta regulação, a começar pela frágil articulação entre o Ministério da Saúde, secretarias e hospitais inseridos no programa. Além disso, encontrou-se questionamentos frente a regulação estatal no que diz respeito ao custo/financiamento, avaliação dos resultados, como pela forma de escolha dos projetos. Uma possibilidade de dedução sobre essa problemática seria que é necessário melhor estruturar a regulação, legitimando o programa da maneira em que está instituído e mantendo a leitura de que a alternativa se dará pela via institucional e no âmbito da gestão da relação público-privada. Avalia-se que um argumento como esse acaba mantendo a análise na aparência dos fatos, reforçando apenas uma análise parcial e o fetichismo estatal como possibilidade de mediador entre os interesses oposto. Compreendemos que no momento atual, com as transformações na forma de acumulação do capital, exploração do trabalho e a

dissociabilidade da forma estatal e da forma jurídica com o processo de reprodução, os contratos acabam por se constituir de maneira efêmera de modo a minimizar o confronto de classe e garantir um acúmulo para o capital neste momento de enfrentamento de crise.

Considera-se “fazer-se o possível” como sendo um limite e uma característica desse período histórico, onde o PT, que teve em sua origem críticas ao capital e pontuava a necessidade de uma transformação estrutural da sociedade, ao longo de sua constituição passou a defender a necessidade de o partido rever suas posições críticas, visando uma perspectiva de conciliação e governabilidade. Pode-se dizer que um dos mitos que se constituíram no neodesenvolvimentismo e na EDP foi sobre a possibilidade do acúmulo de forças, para avançar-se na instituição de políticas públicas progressistas voltadas para a classe trabalhadora. Esse mito foi desfeito com o processo de *impeachment* da presidente Dilma Rousseff em 2016, além da reafirmação das contrarreformas ao longo dos governos de 2003 a 2016.

A equação que vinha sendo implementada para garantir a governabilidade não mais se sustentou, e a partir do governo Temer a literatura indica um avanço do conservadorismo, intensificação das políticas de cunho neoliberal e de uma prática privatizante das políticas sociais. Esse período marcado por ajustes exigidos pela ortodoxia burguesa foi capitaneado, e o PROADI-SUS foi reafirmado ainda como mais necessário. Um dos principais argumentos para a manutenção do programa a partir desse período foi o desfinanciamento no setor público intensificado a partir de 2016, com a EC n.º 95.

Fica claro que, para além de questões operacionais da gestão do programa, a pressão do empresariado subsumiu as ações ao interesse do capital, e o movimento que opera realmente se dá pautado por aspectos políticos e econômicos. Assim, ao longo do material coletado, há indícios de que se reforça uma descaracterização da análise técnica. O *modus operandi* que se estabelece, ao final dos encaminhamentos, se dá predominantemente a partir do setor privado, suprimindo diretrizes aprovadas em reuniões sobre possibilidades de controle e monitoramento, por exemplo, e mantendo benefícios diretos às instituições. As decisões se dão “por cima”, para além dos órgãos colegiados instituídos para funcionamento do programa.

É possível aprofundar a análise e fazer uma comparação mais detalhada dos projetos das diferentes áreas de atuação e dos triênios aqui estudados. Para além do grande volume de informações pesquisadas, com extenso trabalho de sistematização do material para análise do programa, a escolha de um recorte mais amplo de análise do PROADI-SUS se deu inclusive pela falta de publicação que garantisse um quadro referencial desse. Futuros trabalhos podem ser feitos diante do extenso material coletado e organizado, permitindo novas pesquisas.

A partir do referencial teórico aqui apresentado, é importante estudar os nexos da reconfiguração das políticas sociais com as transformações na forma da reprodução social. Com base numa leitura marxiana e nos estudos pachukanianos, compreende-se que a aparente separação da esfera pública/estatal e da esfera privada faz parte do processo do fetichismo da mercadoria, o qual é completado pelo fetichismo jurídico, esse articulado e sustentado pelo fetichismo da esfera estatal. Mantem, assim, uma aparente independência da relação Estado/sociedade burguesa/capital. Essa suposta separação fica menos explícita, com uma maior ou menor mercantilização dos espaços estatais, a depender do momento histórico e estágio de reprodução do capital.

Deve-se considerar o modo como vem sendo instituída a forma-estado nas últimas décadas com a instituição de políticas sociais de caráter neoliberal e uma mudança na forma de tratar a questão social. Para isso, expressam-se transformações também na forma-jurídica e na maneira de se conceber e se instituir o direito. Percebe-se uma diminuição nessa aparente separação da esfera estatal e esfera privada, e a filantropia-empresarial é um exemplo claro desse processo.

Assim, é fundamental observar como as políticas de cunho neoliberal se consolidaram no Brasil para além das privatizações clássicas, restrição aos gastos sociais e instituição de políticas econômicas ortodoxas. Houve a constituição de uma contrarreforma do Estado, uma reestruturação institucional-administrativa pautada numa perspectiva de regulação e uma reconfiguração da relação público-privada, inclusive por meio do setor filantrópico. Esse processo foi expresso pelo deslocamento da posição do empresariado, constituindo práticas de responsabilidade social empresarial como um dos eixos de destaque de uma nova experiência social na política brasileira.

Por mais que tenham existido atores que buscaram legitimamente essa mediação de modo a ampliar a implementação de ações na área da saúde, reconhecendo que deveria fazer-se o possível para avançar na implementação das políticas sociais, essas concessões acabaram demonstrando ser insuficientes ou com impacto limitado, fragilizando a instituição das políticas sociais vinculadas às demandas populares. Constata-se uma ampliação das fronteiras do mundo empresarial para com os programas sociais, instrumentalizando os procedimentos de gestão mercantil no interior dos mesmos.

A partir da análise aqui realizada, pode-se afirmar que esse representa uma maneira de clarificar as prerrogativas de que o Estado apenas aparentemente se apresenta como “vontade geral” abstrata, mas concretamente se limita a garantir a econômica ordem posta e a velar pela

observância das normas jurídicas, e de alguma forma, nesse momento histórico, de maneira mais explícita, a um acúmulo para o capital.

Em concordância com a contribuição de Pachukanis (2017), ressalta-se sua incontornável passagem: “[...] o Estado de direito é uma miragem, mas uma miragem extremamente conveniente para a burguesia, porque ela substitui a desvanecida ideologia religiosa, ela oculta às massas o fato da dominação da burguesia” (PACHUKANIS, 2017, p. 178). Nesta perspectiva, o PROADI-SUS se apresenta como uma política para o grande capital na saúde, restrita a uma parcela dos hospitais privados. E, nesse momento de crise do capital, estabelece-se um arranjo que reforça ainda mais o “engajamento” no combate às desigualdades sociais e à pobreza por ações focalizadas concomitante à disseminação da consciência empresarial.

Ao considerar que o capital, o direito e o Estado estabelecem uma interação no curso de seu desenvolvimento, a forma-jurídica também se reorganiza nesse processo, alterando-se a forma de conceber e implementar o direito. Não que seja uma produção imediata e inter-relação explícita, mas essa reconfiguração na constituição da filantropia e avanço da filantropia-mercantil pode ser expressão desse processo.

Há um avanço do interesse privado nas políticas sociais, com a captura de recursos estatais. Mas, para além disso, amplia-se a conquista da hegemonia do setor privado e do empresariado na sociedade, por meio da sua atuação capilarizada por realização de projetos, com uma indiferenciação do que seria atuação do setor privado e do setor estatal.

Sem a pretensão de fazer encaminhamentos propositivos, até porque essa não seria uma tarefa para um trabalho individual, visa-se traçar alguns balanços e uma análise reflexiva dos processos que estão em curso e apresentar um quadro referencial do PROADI-SUS, frente à escassez de análises após 12 anos de sua instituição. Apesar de serem as “considerações finais” desta tese, essas representam também balanços preliminares que seguirão com novos processos investigativos referentes às políticas sociais e sua configuração no momento contemporâneo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. **Alerta:** ‘PEC 55 vai dismantelar o SUS e agravar as desigualdades’. 2016. (On-line). Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/sistemas-de-saude/alerta-pec-55-vai-desmantelar-o-sus-e-agravar-as-desigualdades/24465/>. Acesso em: 21 abr. 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. **Reforma trabalhista afetará saúde ocupacional da população economicamente ativa.** Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/reforma-trabalhista-afetara-saude-ocupacional-da-populacao-economicamente-ativa/29980/>. Acesso em: 25 mar. 2018a.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. **Abrasco contra os retrocessos da CGMAD/MS frente à política brasileira de Saúde Mental.** Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/retrocessos-saude-mental-governo-temer/32436/>. Acesso em: 29 mar. 2018b.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA; CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE; ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA/FIOCRUZ. **Contra a reformulação da PNAB** – nota sobre a revisão da Política Nacional de Atenção Básica. 2017. (On-line). Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/contra-reformulacao-da-pnab-nota-sobre-revisao-da-politica-nacional-de-atencao-basica/29798/>. Acesso em: 29 mar. 2018.

ALMEIDA, C. M. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 4, n. 2, p. 263–286, 1999.

AMADIGI, F. R. *et al.* A relação público-privado na saúde brasileira: refletindo eticamente sobre os impasses e tendências para o SUS. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 6, n. 4, p. 508–513, 2007.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS. **Anahp.** Disponível em: <https://www.anahp.com.br/a-anahp/>. Acesso em: 29 set. 2020.

ANDREAZZI, M. F. S. **Teias e tramas:** relações público-privadas no setor saúde brasileiro dos anos 90. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2002.

ANDREAZZI, M. F. S. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: inconsistências à luz da reforma do Estado. **Rev. brasileira educação médica**, v. 37, n. 2, p. 275–284, 2013.

ANDREAZZI, M. F. S. Notas para uma Interpretação Histórica da Trajetória do PT. In: ARCARY, V. (Org). **Um reformismo quase sem reformas:** uma crítica marxista do governo Lula em defesa da revolução brasileira. São Paulo: José Luis e Rosa Sundermann, 2014b. p. 180.

ARCARY, V. **Um reformismo quase sem reformas:** uma crítica marxista do governo Lula em defesa da revolução brasileira. 2. ed. São Paulo: José Luis e Rosa Sundermann, 2014a.

BAGGENSTOSS, S.; DONADONE, J. C. Empreendedorismo social: reflexões acerca do papel

das organizações e do Estado. **Gestão e Sociedade**, v. 7, n. 16, p. 112–131, 2013.

BAHIA, L. Os planos e seguros privados de saúde no Brasil: notas sobre o objeto e procedimentos de estudo. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 105–122, 1997.

BAHIA, L. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. *In*: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. São Paulo: Fiocruz 2005, p. 407-449.

BAHIA, L. A Démarche do privado e o público no sistema de atenção à saúde no Brasil em tempos de democracia e ajuste fiscal, 1988-2008. **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios**, v. 20, p. 123-185, 2008.

BAHIA, L. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 753–762, 2009.

BANCO MUNDIAL. **Relatório Sobre o Desenvolvimento Mundial: o Estado Num Mundo de Transformação**. Washington DC: Oxford University Press, 1997.

BARBOSA, P. R. *et al.* Estudo sobre os hospitais filantrópicos no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 34, n. 2, p. 1–11, 2000.

BEHRING, E. R. **Brasil em Contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

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

BANCO NACIONAL DO DESENVOLVIMENTO. **BNDES: O Banco Nacional do Desenvolvimento**. [s./d.]. (On-line). Disponível em: <https://www.bndes.gov.br/wps/portal/site/home>. Acesso em: 27 jul. 2021.

BOITO JÚNIOR., A.; BERRINGER, T. BRASIL: Classes sociais, neodesenvolvimentismo e política externa nos governos Lula e Dilma. **Revista de Sociologia e Política**, v. 21, n. 47, p. 31-38, 2013.

BORGES, F. T. **Desafios e perspectivas do Sistema Único de Saúde (SUS) diante do Neoliberalismo**. Tese (Doutorado em Saúde) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita, Araçatuba, 2012.

BORGES, F. T. *et al.* **Anatomia da privatização neoliberal do Sistema Único de Saúde: o papel das organizações sociais de saúde**. São Paulo: Umass Boston, 2012.

BOSCHETTI, I. América Latina, política social e pobreza: “novo” modelo de desenvolvimento? *In*: SALVADOR, E. *et al.* (Orgs.). **Financeirização, Fundo Público e Política Social**. São Paulo: Cortez, 2012. p. 31–58.

BOTTOMORE, T. **Dicionário do Pensamento Marxista**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência

da República, 1990.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília, DF: 1993a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18742.htm. Acesso em: 27 jul. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 752, de 16 de fevereiro de 1993**. Dispõe sobre a concessão do Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos, a que se refere o art. 55, inciso II, da **Lei nº 8.212**, de 24 de julho de 1991, e dá outras providências. Brasília, DF: 1993b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D752.htm. Acesso em: 27 jul. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 2.536, de 6 de abril de 1998**. Dispõe sobre a concessão do Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos a que se refere o inciso IV do art. 18 da **Lei nº 8.742**, de 7 de dezembro de 1993, e dá outras providências. Brasília, DF: 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D2536.htm. Acesso em: 27 jul. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Concessão do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social - CEAS para instituições de saúde**. Brasília, DF: 2002a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4327.htm. Acesso em: 27 jul. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 4.481, de 22 de novembro de 2002**. Dispõe sobre a concessão do Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos a que se refere o inciso IV do art. 18 da **Lei nº 8.742**, de 7 de dezembro de 1993, e dá outras providências. Brasília, DF: 2002b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4481.htm#:~:text=decreto nº 4.481%2C de 22 de novembro de 2002.&text=Dispõe sobre os critérios para,SUS%2C e dá outras providências](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4481.htm#:~:text=decreto%20n%C3%B3 4.481%2C de 22 de novembro de 2002.&text=Disp%C3%B5e sobre os crit%C3%A9rios para,SUS%2C e d%C3%A1 outras provid%C3%BAncias). Acesso em: 27 jul. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 5.895, de 18 de setembro de 2006**. Dá nova redação ao art. 3º do Decreto nº 2.536, de 6 de abril de 1998, que dispõe sobre a concessão do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social a que se refere o inciso IV do art. 18 da **Lei nº 8.742**, de 7 de dezembro de 1993.—Brasília, DF: 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5895.htm. Acesso em: 27 jul. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Projeto de Lei Complementar 92/2007**. Regulamenta o inciso XIX do art. 37 da Constituição Federal, parte final, para definir as áreas de atuação de fundações instituídas pelo poder público. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n. 12.101 de 27 de novembro de 2009**. Brasília, DF: 2009. Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social; regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social; altera a **Lei nº 8.742**, de 7 de dezembro de 1993; revoga dispositivos das **Leis nºs 8.212**, de 24 de julho de 1991, 9.429, de 26 de dezembro de 1996, 9.732, de 11 de dezembro de 1998, 10.684, de 30 de maio de 2003, e da Medida Provisória nº 2.187-13, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-

2010/2009/lei/112101.htm.Acesso em: 27 jul. 2021.

BRASIL. Programa de Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde Institutional Development Program of. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 4, p. 808–811, 2011a.

BRASIL. **Oficina de Avaliação do 1º Ciclo do PROADI-SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 12.873, de 24 de outubro de 2013**. Autoriza a Companhia Nacional de Abastecimento a utilizar o Regime Diferenciado de Contratações Públicas - RDC, instituído pela Lei nº 12.462, de 4 de agosto de 2011, para a contratação de todas as ações relacionadas à reforma, modernização, ampliação ou construção de unidades armazenadoras próprias destinadas às atividades de guarda e conservação de produtos agropecuários em ambiente natural; altera as Leis n.º 8.212, de 24 de julho de 1991, e 8.213, de 24 de julho de 1991, o Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1942 - Consolidação das Leis do Trabalho, as Leis n.º 11.491, de 20 de junho de 2007, e 12.512, de 14 de outubro de 2011; dispõe sobre os contratos de financiamento do Fundo de Terras e da Reforma Agrária, de que trata a Lei Complementar nº 93, de 4 de fevereiro de 1998; autoriza a inclusão de despesas acessórias relativas à aquisição de imóvel rural nos financiamentos de que trata a Lei Complementar nº 93, de 4 de fevereiro de 1998; institui o Programa Nacional de Apoio à Captação de Água de Chuva e Outras Tecnologias Sociais de Acesso à Água - Programa Cisternas; altera a Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, o Decreto-Lei nº 167, de 14 de fevereiro de 1967, as Leis n.º 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil, 9.718, de 27 de novembro de 1998, e 12.546, de 14 de setembro de 2011; autoriza a União a conceder subvenção econômica, referente à safra 2011/2012, para produtores independentes de cana-de-açúcar que desenvolvem suas atividades no Estado do Rio de Janeiro; altera a Lei nº 11.101, de 9 de fevereiro de 2005; institui o Programa de Fortalecimento das Entidades Privadas Filantrópicas e das Entidades sem Fins Lucrativos que Atuam na Área da Saúde e que Participam de Forma Complementar do Sistema Único de Saúde - PROSUS; dispõe sobre a utilização pelos Estados, Distrito Federal e Municípios dos registros de preços realizados pelo Ministério da Saúde; autoriza a União, por intermédio do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, a conceder o uso de bens públicos imobiliários dominicais, mediante emissão de Certificado de Direito de Uso de Bem Público Imobiliário - CEDUPI; altera o Decreto-Lei nº 3.365, de 21 de junho de 1941; dispõe sobre as dívidas originárias de perdas constatadas nas armazenagens de produtos vinculados à Política de Garantia de Preços Mínimos - PGPM e Estoques Reguladores do Governo Federal, depositados em armazéns de terceiros, anteriores a 31 de dezembro de 2011; altera a Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002; autoriza o Poder Executivo a declarar estado de emergência fitossanitária ou zoossanitária, quando for constatada situação epidemiológica que indique risco iminente de introdução de doença exótica ou praga quarentenária ausente no País, ou haja risco de surto ou epidemia de doença ou praga já existente; altera a Lei nº 9.430, de 27 de dezembro de 1996; dispõe sobre o repasse pelas entidades privadas filantrópicas e entidades sem fins lucrativos às suas mantenedoras de recursos financeiros recebidos dos entes públicos; altera a Medida Provisória nº 2.158-35, de 24 de agosto de 2001, as Leis n.º 10.848, de 15 de março de 2004, 12.350, de 20 de dezembro de 2010, 12.096, de 24 de novembro de 2009, 5.869, de 11 de janeiro de 1973 - Código de Processo Civil, 12.087, de 11 de novembro de 2009, e 10.260, de 12 de julho de 2001; e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2013b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12873.htm. Acesso em: 27 jul. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Relatório de Avaliação:** certificação das entidades beneficentes de assistência social na área da saúde - Exercício 2019. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Relatório de Avaliação CEBAS Educação ciclo 2019.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Presidência da República. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado.** Brasília, DF: Ministério da Economia, 1995.

BRASIL. Presidência da República. **Gastos Tributários:** Conceito e Critérios de Classificação. Brasília, DF: 2020. (On-line). Disponível em: <https://www.gov.br/receitafederal/pt-br/acesso-a-informacao/dados-abertos/receitadata/renuncia-fiscal/demonstrativos-dos-gastos-tributarios/arquivos-e-imagens/sistema-tributario-de-referencia-str-v1-02.pdf> . Acesso em: 27 jul. 2021.

BRASIL. **Lei nº 9.532, de 10 de dezembro de 1997.** Brasília, DF: Presidência da República, 1997. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9532.htm. Acesso em: 27 jul. 2021.

BRASIL. **Incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde – INTEGRASUS.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0604_24_04_2001.html. Acesso em: 27 jul. 2021.

BRASIL. **Definição dos Hospitais Estratégicos para o Sistema Único de Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1006_04_07_2001.html. Acesso em: 27 jul. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Portaria nº 1.721, de 21 de setembro de 2005.** Cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF: Presidência da República, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1721_15_09_2005.html.v Acesso em: 27 jul. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Portaria nº 3.276, de 28 de dezembro de 2007.** Estabelece que as instituições que optarem por desenvolver projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do Sistema Único de Saúde - SUS deverão atender as etapas de habilitação e a apresentação de projetos. Brasília, DF: Presidência da República, 2007b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt3276_28_12_2007.html. Acesso em: 27 jul. 2021.

BRASIL. **Pesquisas estratégicas para o sistema de saúde - PESS.** Brasília, DF: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, 2011b.

BRASIL. **Portal da Saúde.** 2014. (On-line). Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/proadi-sus>. Acesso em: 03 set. 2016.

BRASIL. **Relatório de gestão Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento DESIC.** Brasília, DF: [s.n.]. Disponível em:

<https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/julho/13/Relat--rio-DESID-2014-revisado-Final-15-de-junho-2016.pdf> .

BRASIL. **Relatório Anual de Gestão (RAG) 2017**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. **PRONON e PRONAS**. 2020c (On-line). Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/acoes-e-programas/pronon-pronas>. Acesso em: 7 dez. 2020.

BRASIL. **PROADI-SUS**. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/acoes-e-programas/proadi-sus/entidades-de-saude-de-reconhecida-excelencia-esre>. 2019 (On-line). Acesso em: 20 maio. 2019.

BRESSER-PEREIRA, L. C. B. **Exposição no Senado sobre a Reforma da administração pública**. Cadernos MARE da Reforma do Estado. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997a.

BRESSER-PEREIRA, L. C. B. Estratégia e estrutura para um novo Estado. **Revista de Economia Política**, v. 17, n. 3, p. 24–38, 1997b.

BRITO, C. Os Governos Lula como Realização da Estratégia Democrático- Popular. In: IASI, M. L.; FIGUEIREDO, I. M.; NEVES, V. (Orgs.). **A Estratégia Democrático-Popular: um inventário crítico**. Marília: Lutas anticapital, 2019.

CALDAS, C. O. **Teoria da Derivação do Estado e do Direito**. São Paulo: Outras Expressões, 2015.

CARDOSO, A. M. **Organizações sociais na saúde: Rio Intransparente**. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2012.

CARDOSO, F. M. **A saúde entre os negócios e a questão social: privatização, modernização e segregação na ditadura civil-militar (1964-1985)**. 2013. 207 p. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2013.

CARNUT, L.; MENDES, A.; GUERRA, L. Coronavirus, Capitalism in Crisis and the Perversity of Public Health in Bolsonaro's Brazil. **International Journal of Health Services**, v. 50, p. 1–13, 2020.

CATINI, C. R. Empreendedorismo, privatização e o trabalho sujo da educação. **Revista USP**, v. 127, p. 53–68, 2020.

CATINI, C. R. Educação Bancária, “Com um Itaú de Vantagens”. **Germinal: Marxismo e Educação em Debate**, v. 12, n. 1, p. 90–118, 2021.

CISLAGHI, J. F. Financiamento do ensino superior no Brasil: novos e antigos mecanismos de privatização do fundo público. In: SALVADOR, E. *et al.* (Orgs.). **Financeiração: fundo público e política social**. São Paulo: Cortez, 2012. p. 261–284.

CISLAGHI, J. F. Retrocessos no legislativo e impactos para a saúde no Brasil. In: BRAVO, M. I. *et al.* (Orgs.). **A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Rede Sirius, 2015. p. 21–24.

CLEMENTE, I.; LEAL, A.; NEVES, M. L. Enfim, Lula privatizou... **Regista Época**, 2018. Disponível em: <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EDR79551-6009,00.htm>. Acesso em: 30 abr. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Brasília, DF: CNS, 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 03 set. 2016.

COLLUCCI, C.; FREITAS, T. **Dona da Amil compra por R\$ 1,3 bi Hospital Samaritano, em São Paulo**. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/mercado/2015/11/1712280-dona-da-amil-compra-por-r-13-bi-hospital-samaritano-em-sao-paulo.shtml>. Acesso em: 30 abr. 2018.

CORREIA, M. V.; SANTOS, V. M. DOS. Privatização da saúde via novos modelos de gestão: as Organizações Sociais em questão. In: BRAVO, M. I. S. et al. (Orgs.). **A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Rede Sirius, 2015. p. 33-40.

COSTA, F. L. DA; PECI, A. Desestatização como estratégia de reforma do Estado: análise preliminar da privatização no Brasil na Nova República. **Rev. adm. pública**, v. 33, n. 3, p. 191–205, 1999.

COURI, J. R. **Os Impasses no Financiamento do Sistema Único de Saúde na Era da Mundialização do Capital**. Brasília: Universidade de Brasília UNB, 2021.

CUSTÓDIO, G. D. **PEC 241/16: Uma afronta à saúde, aos direitos sociais e à Constituição**. 2016. Disponível em: <http://cebes.org.br/2016/07/pec-24116-uma-afronta-a-saude-aos-direitos-sociais-e-a-constituicao/>. Acesso em: 21 abr. 2018.

DANTAS, A. **Do Socialismo à Democracia: tática e estratégia na Reforma Sanitária Brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

DANTAS, A. “Controle Social” e Estratégia Democrático-Popular: Notas para um Balanço Histórico. In: IASI, M. L.; FIGUEIREDO, I. M.; NEVES, V. (Orgs.). **A Estratégia Democrático-Popular: um inventário crítico**. Marília: José Luis e Rosa Sundermann, 2019. p. 273-296.

DIAS, B. **Desconsiderando evidências científicas e consulta pública, Ministério da Saúde aprova rebaixamento da PNAB**. 2018 (On-line). Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/movimentos-sociais/desconsiderando-evidencias-cientificas-e-consulta-publica-ministerio-da-saude-aprova-rebaixamento-da-pnab/30456/>. Acesso em: 29 mar. 2018.

DANTAS, A. **Retrocesso na Saúde Mental: CIT aprova novas diretrizes da CGMAD/MS**. 2018 (On-line). Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/sistemas-de-saude/retrocesso-na-saude-mental-cit-aprova-novas-diretrizes-da-cgmads/32530/>. Acesso em: 29 mar. 2018.

ENGELS, F. Carta a Conrado Schmidt em Berlin, Londres, 5 de agosto de 1890. **Obras Escogidas**, [s.d.].

FARIA, C. F. Estado e organizações da sociedade civil no Brasil contemporâneo: Construindo uma sinergia positiva? **Revista de Sociologia e Política**, v. 18, n. 36, p. 187–204, 2010.

FIGUEIREDO, I. M. Lulismo e Populismo: Realização da Estratégia Democrático-Popular e “Incompletude do Capitalismo”. In: IASI, M. L.; FIGUEIREDO, I. M.; NEVES, V. (Orgs.). **A**

Estratégia Democrático-Popular: um inventário crítico. Marília: Lutas anticapital, 2019. p. 229–246.

FNCPS, F. N. C. P. S. **Reflexão da FNCPS sobre a proposta de revisão da PNAB.** 2017. (On-line). Disponível em: <https://www.contraprivatizacao.com.br/2017/08/1117.html>. Acesso em: 29 mar. 2018.

FOLHA DE SÃO PAULO. **Fiesp e Ciesp rejeitam proposta de recriação da CPMF.** 2010. (On-line). Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/poder/2010/11/826003-fiesp-e-ciesp-rejeitam-proposta-de-recricao-da-cpmf.shtml>. Acesso em: 8 fev. 2016.

FOLHA DE SÃO PAULO. **Governo tenta retomar a CPMF desde 2007, ano em que foi extinta.** 2015 (On-line). Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/poder/2015/08/1674822-governo-tenta-retomar-a-cpmf-desde-2007-ano-em-que-foi-extinta.shtml>. Acesso em: 8 fev. 2016.

FONTES, V. Sociedade civil, classes sociais e conversão mercantil-filantrópica. **Observatório Social de América Latina**, v. 6, n. 19, p. 341–350, 2006.

GARCIA, M. A. Dez anos de Política Externa. In: SADE, E. (Ed.). **10 anos de governos pós-neoliberais no Brasil: Lula e Dilma.** São Paulo: [s.n.]. p. 53–67.

GERSCHMAN, S. *et al.* O setor hospitalar filantrópico e alguns desafios para as políticas públicas em saúde. **Revista de Administração Pública**, v. 37, n. 2, p. 265–284, 2003.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de Pesquisa Social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, R. *et al.* Organização, processamento, análise e interpretação de dados o desafio da triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Orgs.). **Avaliação por Triangulação de Métodos:** abordagem de programas sociais. 5. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.

GONÇALVES, R. Novo Desenvolvimentismo e Liberalismo Enraizado. **Serv. Soc. Soc**, v. 112, p. 637–671, 2012a.

GONÇALVES, R. Redução da desigualdade da renda no governo Lula: análise comparativa. In: SALVADOR, E. *et al.* (Orgs.). **Financeirização, Fundo Público e Política Social.** São Paulo: Cortez, 2012b. p. 13–30.

GRAGNOLATI, M.; LINDELOW, M.; COUTTOLENC, B. **20 anos de Construção do sistema de saúde no Brasil:** uma análise do Sistema Único de Saúde. Washington: The World, 2013.

HARMAN, C. The State and Capitalism Today. **International Socialism**, v. 2, n. 51, p. 3–57, 1991.

HOLANDA, N. **Aspectos políticos e econômicos das receitas e dos gastos públicos no Brasil.** Brasília, DF: IPEA, 1993.

HOSPITAL ALBERT EINSTEIN. **Relatório de Sustentabilidade 2017.** São Paulo: Hospital Albert Einstein, 2018.

HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ *et al.* **PROADI-SUS.** 2018a. (On-line). Disponível

- em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/proadi-sus>. Acesso em: 30 abr. 2018.
- HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ et al. **Hospitais Proadi-SUS**. 2018b. (On-line). Disponível em: <https://hospitais.proadi-sus.org.br/sobre-o-programa>. Acesso em: 23 mar. 2021.
- HOSPITAL MOINHOS DE VENTO. **Relatório Anual 2017**. Porto Alegre: Hospital Moinhos de Vento, 2018.
- HOSPITAL OSWALDO CRUZ. **Relatório de Sustentabilidade 2017**. São Paulo: Hospital Oswaldo Cruz, 2018.
- HOSPITAL SAMARITANO. **2a Oficina de Avaliação Anual do PROADI-SUS 2012: resultados dos projetos de filantropia**. São Paulo: Hospital Samaritano, 2013.
- HOSPITAL SAMARITANO. **Relatório de Responsabilidade Social 2015**. São Paulo: Hospital Samaritano, 2016.
- HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS. **Relatório de Sustentabilidade 2017**. São Paulo: Hospital Samaritano, 2018.
- IASI, M. L. **As Metamorfoses da Consciência de Classe: o PT entre a negação e o consentimento**. São Paulo: Expressão Popular, 2006.
- IASI, M. L. O Serviço Social aos 80 anos diante de um novo Brasil. **Serviço Social e Sociedade**, v. 128, p. 72–84, 2017.
- IASI, M. L.; FIGUEIREDO, I. M.; NEVES, V. (Org.). **A Estratégia Democrático-Popular: um inventário crítico**. Marília: Lutas anticapital, 2019.
- INSTITUTO DE ESTUDO DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **IESS**. Disponível em: <https://www.iess.org.br/?p=sobre>. Acesso em: 29 set. 2020.
- KOIKE, B. **Samaritano será plataforma de avanço de hospitais da Amil em São Paulo**. 2015 (On-line). Disponível em: <http://www.valor.com.br/empresas/4354290/samaritano-sera-plataforma-de-avanco-de-hospitais-da-amil-em-sao-paulo>. Acesso em: 30 abr. 2018.
- LAGE, D. Elos da Estratégia Democrático-Popular com a Socialdemocracia: a atualização do Estado Burguês. In: IASI, M. L.; FIGUEIREDO, I. M.; NEVES, V. (Org.). **A Estratégia Democrático-Popular: um inventário crítico**. Marília: Lutas anticapital, 2019.
- LAVINAS, L.; GENTIL, D. L. Brasil anos 2000: a política social sob regência da financeirização. **Novos Estudos CEBRAP**, v. 37, n. 2, p. 191–211, 2018.
- LEAL, R. M.; MORGADO, R. R. **Entidades filantrópicas de saúde integrantes do SUS: uma avaliação do programa de apoio do BNDES 1999-2007**. Rio de Janeiro: [s.n.]. Disponível em: [https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/bitstream/1408/3926/1/BS28Entidades filantrópicas de saúde_P.pdf](https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/bitstream/1408/3926/1/BS28Entidades%20filantr%C3%B3picas%20de%20sa%C3%BAde_P.pdf). Acesso em: 29 set. 2020.
- LIMA, J. B. DE; BRAVO, M. I. O Percurso do Financiamento das Organizações Sociais no Município do Rio de Janeiro. In: BRAVO, M. I. et al. (Orgs.). **A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: [s.n.]. p. 53-61.
- LIMA, S. M. L. *et al.* Caracterização gerencial dos hospitais filantrópicos no Brasil. **Cadernos**

de Saúde Pública, v. 20, n. 5, p. 1249–1261, 2004.

MAARSE, H. The Privatization of Health Care in Europe: An Eight-Country Analysis. **Journal of Health Politics, Policy and Law**, v. 31, n. 5, p. 981–1014, 2006.

MARANHÃO, T. O sentido político das práticas de responsabilidade social empresarial no Brasil. In: GEORGES, I.; CABANES, R.; DA SILVA TELLES, V. (Orgs.). **Saídas de emergência, ganhar/perder a vida em São Paulo**. São Paulo: Boitempo, 2011.

MARX, K. **Para a crítica da Economia Política**; Salário Preço e Lucro; O rendimento e suas fontes: a economia vulgar. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

MARX, K. **Sobre a Questão Judaica**. São Paulo: Boitempo, 2010.

MARX, K. **O Capital**. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2014.

MARX, K.; ENGELS, F. **Manifesto Comunista**. São Paulo: Boitempo, 2005.

MATTEI, L. **Gênese e agenda ao “Novo Desenvolvimentismo Brasileiro”**. In: ENCONTRO INTERNACIONAL DA ASSOCIAÇÃO KEYNESIANA BRASILEIRA. 4, 2011. **Anais [...]**. Rio de Janeiro, 2011.

MENDES, A. N. **Tempos turbulentos na saúde pública brasileira**: impasses do financiamento no capitalismo financeirizado. São Paulo: Hucitec, 2012.

MENDES, A. N. O subfinanciamento e a mercantilização do sus no contexto do capitalismo contemporâneo em crise. In: BRAVO, M. I. *et al.* (Orgs.). **A mercantilização da saúde em debate**: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Rede Sirius, 2015. p. 11–20.

MENDES, A. N.; CARNUT, L. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. **Saúde e Sociedade**, v. 27, n. 4, p. 1105–1119, 2018.

MENDES, A. N.; WEILLER, J. A. B. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 105, p. 491–505, 2015.

MENICUCCI, T. M. G. A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado. In: SANTOS, N. R. DOS; AMARANTES, P. D. DE C. (Orgs.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2011. p. 180–197.

MÉSZÁROS, I. **A Montanha que Devemos Conquistar**. São Paulo: Boitempo, 2015.

MINAYO, M. C. S. *et al.* **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. S. Mudança: conceito-chave para intervenções sociais e para avaliação de programas. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Orgs.). **Avaliação por Triangulação de Métodos**: abordagem de programas sociais. 5. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.

MINAYO, M. C. S. *et al.* Métodos, técnicas e relações em triangulação. *In:* MINAYO, M. C. DE S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Orgs.). **Avaliação por Triangulação de Métodos: abordagem de programas sociais**. 5. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.

MONTAÑO, C. E. O projeto neoliberal de resposta à "questão social" e a funcionalidade do terceiro setor. **Revista Lutas Sociais**, v. 8, 2002.

MORAIS, I. A. *et al.* Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde: análise qualitativa. *In:* SILVA, E. (Org.). **Conhecimentos e Desenvolvimento de Pesquisa nas Ciências da Saúde 2**. Ponta Grossa: Atena, 2020. p. 65–78.

MORAIS, I. A.; ROSA, W. V. S.; ARAGÃO, E. S. Caracterização dos projetos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde nos triênios de 2009-2011 e 2012-2014. **Livro de Actas CIAIQ**, v. 2, p. 464–473, 2019.

MÜLLER, M. Exposição e método dialético em O Capital. **Boletim SEAF-MG**, v. 2, p. 17–41, 1982.

NAVES, M. B. **Marxismo e direito**. Um estudo sobre Pachukanis. São Paulo: Boitempo, 2000.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e serviço social**. Cortez editora, 2009.

NETTO, J. P. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão, 2011.

NETTO, J. P.; BRAZ, M. **Economia Política: uma introdução crítica**. 5. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2009.

OCKÉ-REIS, C. O. Renúncia de arrecadação fiscal em saúde no Brasil: eliminar, reduzir ou focalizar? *In:* INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Brasil em Desenvolvimento: Estado, planejamento e políticas públicas**. Brasília, DF: Ipea, 2014.

OCKÉ-REIS, C. Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2035–2042, 2018.

OCKÉ-REIS, C. O.; SOPHIA, D. C. Uma crítica à privatização do sistema de saúde brasileiro: pela constituição de um modelo de proteção social público de atenção à saúde. **Saúde debate**, v. 33, n. 81, p. 72–79, 2009.

OLIVEIRA, C. **Até hospitais filantrópicos estão na mira do capital estrangeiro**. 2017. (Online). Disponível em: <http://www.redebrasilatual.com.br/saude/2017/08/ate-hospitais-filantropicos-estao-na-mira-do-capital-estrangeiro-que-avanca-no-pais>. Acesso em: 30 abr. 2018.

OLIVEIRA, M. M. DE. **Como fazer pesquisa qualitativa**. São Paulo: Vozes, 2007.

OLIVEIRA, J. A. DE A.; FLEURY, S. **Previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil**. São Paulo: Cebes, 1986.

PACHUKANIS, E. **Teoria Geral do Direito e o Marxismo e Ensaios Escolhidos (1921-1929)**. São Paulo: Sundermann, 2017.

PAIM, J. S. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet**, v. 1, p. 11–31, 2011.

PECI, A.; PIERANTI, O. P.; RODRIGUES, S. Governança e New Public Management: convergências e contradições no contexto brasileiro. **Organizações & Sociedade**, v. 15, n. 46, p. 39–55, 2008.

PÓ, M. V. Institucionalidade e Desafios da Regulação na Área da Saúde no Brasil. In: SANTOS, N. R.; AMARANTES, P. D. C. (Orgs.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2011. p. 220–243.

PORTELA, M. C. *et al.* Caracterização assistencial de hospitais filantrópicos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 6, p. 811–818, 2004.

PUELLO-SOCARRÁS, J. F. O Novo Neoliberalismo: arquitetura estatal no capitalismo do século XXI. **Revista Eletrônica de Administração**, Porto Alegre, v. 27, n. 01, 2021.

RIZEK, C. S. Políticas sociais e políticas de cultura: territórios e privatizações cruzadas. **Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais**, v. 15, n. 2, p. 199, 2013.

RIZZOTTO, M. L. F. As propostas do Banco Mundial para as reformas do setor de saúde no Brasil nos anos 1990. **Saúde em Debate**, v. 29, n. 70, p. 140–147, 2005.

RIZZOTTO, M. L. F.; CAMPOS, G. W. DE S. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 2, p. 263–276, 2016.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paulista de enfermagem**, v. 20, n. 2, 2007.

SALVADOR, E. **Renúncias Tributárias**: os impactos no financiamento das políticas sociais no Brasil. Brasília, DF: Instituto de Estudos Socioeconômicos, 2015.

SAMPAIO JÚNIOR, P. A. **Entre a nação e a barbárie**: os dilemas do capitalismo dependente em Caio Prado, Florestan Fernandes e Celso Furtado. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

SAMPAIO JÚNIOR, P. A. Globalização e reversão neocolonial: o impasse brasileiro. **Filosofia y teorías políticas**, 2007.

SAMPAIO JÚNIOR, P. A. Metástase da crise e aprofundamento da reversão neocolonial. **Crítica e Sociedade**, v. 1, n. 3, p. 85–95, 2011.

SAMPAIO JÚNIOR, P. A. Desenvolvimentismo e neodesenvolvimentismo. **Serv. Soc. Soc.**, v. 112, p. 672–688, 2012.

SAMPAIO JÚNIOR, P. A. **Crônica de uma Crise Anunciada**: crítica à economia política de Lula e Dilma. São Paulo: SG-Amarante Editorial, 2017a.

SAMPAIO JÚNIOR, P. A. Da “paz social” às revoltas urbanas. In: SAMPAIO JÚNIOR, P. A. **Crônicas de uma Crise Anunciada**: crítica à economia política de Lula e Dilma. São Paulo: SG-Amarante, 2017b. p. 175–180.

SANTOS, J. A. **A Ampliação do Processo de Privatização da Saúde Pública no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2018.

SILVA, L. I. L. Carta ao povo brasileiro. Resoluções de Encontros e Congressos & Programas de Governo - Partido dos Trabalhadores. **Anais [...]**. São Paulo: PT, 2002.

SILVA, L. I. L. O necessário, o possível e o impossível (entrevista concedida a Emir Sader e Pablo Gentili). In: SADER, E. (Org.). **10 anos de governos pós-neoliberais no Brasil: Lula e Dilma**. São Paulo: Boitempo, 2013. p. 9–30.

SINGER, A. **Os Sentidos do Lulismo**: reforma gradual e pacto conservador. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

SPINA, P.; CUNHA, F. M. **O governo Temer e seu congelamento de gastos**: o fim do direito à saúde? Disponível em: <http://www.contraprivatizacao.com.br/2016/11/o-governo-temer-e-seu-congelamento-de.html>. Acesso em: 21 abr. 2018.

STOTZ, E. N.; ARAUJO, J. W. G. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. **Saúde e sociedade**, v. 13, p. 5-19, 2004.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Ação Direta de Inconstitucionalidade 4480 9942862-64.2010.1.00.0000**. Brasília, DF: STF, 2020. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=3979672>. Acesso em: 21 abr. 2021.

TRIBUNAL DE CONTAS DE UNIÃO. **Relatório de Auditoria TC 016.264/2017-7**. Brasília, DF: TCU, 2017.

VIANA, N. A constituição das políticas públicas. **Revista Plurais**, v. 1, n. 4, p. 94-112, 2006.

WESTIN, R. **Corte de verbas da ciência prejudica reação à pandemia e desenvolvimento do país**. 2020 (On-line). Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/infomaterias/2020/09/corte-de-verbas-da-ciencia-prejudica-reacao-a-pandemia-e-desenvolvimento-do-pais>. Acesso em: 27 maio 2021.

YAZBECK, M. C. A política social brasileira nos anos 90: refilantropização da questão social. **Caderno Abong**, v. 3, 1995.

APÊNDICE

APÊNDICE 1 - ROTEIRO DE ENTREVISTA

1) Como se constituiu o PROADI-SUS e o que sabe sobre sua instituição?

- Tiveram experiências anteriores que subsidiaram a elaboração da proposta do PROADI-SUS? Quais?
- Quais as características do contexto político, econômico e social em que foi instituído?
- Qual sua opinião mediante como o contexto da época influenciou na concepção deste programa?
- Quais eram as características da elaboração inicial do programa?

2) Qual a sua opinião sobre a substituição da obrigatoriedade de 60% da atividade assistencial prestada ao SUS pela instituição filantrópica em troca do desenvolvimento de projetos?

- Quais os pontos positivos para as políticas sociais? Quais as fragilidades?
- Qual efeitos para a política de saúde?

3) Sobre a constituição da Lei 12.101 de 2009 que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social e regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social, como foi sua constituição?

- Qual contexto político e econômico para sua elaboração?
- Quais atores envolvidos na sua elaboração?
- Como dialoga com as políticas de governo implementadas na época?
- Como foram certificados os primeiros hospitais de excelência para início do programa?

4) Sobre a definição das áreas de atuação do PROADI-SUS e os temas prioritários, pode nos relatar um pouco?

- Como avalia estes temas para nortear o desenvolvimento dos projetos?
- Quais atores estavam envolvidos na sua elaboração?

5) Sobre o planejamento e supervisão da execução do Programa e dos Projetos, qual a sua opinião?

- Inicialmente como eram propostos os projetos?
- Como se dava a discussão da avaliação e impacto no início do programa?
- Inicialmente o programa era acompanhado pela secretaria executiva do ministério, como se dava este processo?

6) Como avalia a parceria entre o Ministério da Saúde e os Hospitais de excelência vinculados ao programa?

- Como se dava a relação propriamente dita?
- Quais as forças políticas cruciais no processo decisórios?
- Como o entrevistado interpreta que se estabeleceu a relação público-privada?
- Qual era a composição dos diferentes atores e forças políticas?
- Havia diferença entre as instituições parceiras? Quais?
- Qual diferença/convergências entre o MS e os hospitais de excelência?

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública
Av. Dr. Arnaldo, 715 – CEP 01246-904 – São Paulo – Brasil

APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Número do CAAE: 01539118.3.0000.5421

TÍTULO DO PROJETO: PROGRAMA DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL DO SUS (PROADI): CARACTERIZAÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA NO ATUAL CENÁRIO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL

Pesquisador Responsável: Julia Amorim Santos

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o(a) pesquisador(a). Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o(a) pesquisador(a). Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

Justificativa e objetivo:

Há grande debate sobre como superar os desafios para a implementação do Sistema Único de Saúde no Brasil, garantindo o acesso universal e de qualidade para a população. O Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), instituído a partir de 2009, é uma ação do Ministério da Saúde (MS) dirigida ao fortalecimento do SUS em parceria com hospitais filantrópicos, onde o Estado concede isenção fiscal a entidades tidas como de excelência, desde que desenvolvam projetos na área da saúde pública.

Esta tese de doutorado tem como objetivo analisar as características PROADI-SUS, seu teor histórico, sua configuração e como manifesta a articulação da relação público-privada nas políticas de saúde, considerando como período de análise os três primeiros triênios do programa (2009-2017).

Para tanto, será necessário constituir um *corpus* de dados a partir de diferentes procedimentos metodológicos, especificamente, através de uma revisão bibliográfica, da análise documental e da realização de entrevistas semiestruturadas.

As entrevistas podem acontecer de maneira individual ou coletiva. Estima-se a realização de vinte e cinco entrevistas com informantes-chaves. Os diálogos serão gravados, transcritos na íntegra e analisados posteriormente. Cada entrevistado irá receber um código/nome fictício para que lhe seja garantido o anonimato, além de que caso haja nomes mencionados ao longo da entrevista, estes também serão registrados de maneira a assegurar o anonimato, a não ser que se trate de aspectos já publicizados. Nenhuma informação será dada à outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

A pesquisa envolve riscos mínimos aos participantes. Você não deve participar deste estudo se não estiver ciente das condições de realização da entrevista ou se sentir-se constrangido para tal. Avalie se está garantido que não há riscos de “danos à dimensão física,

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública
Av. Dr. Arnaldo, 715 – CEP 01246-904 – São Paulo – Brasil

psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano” durante as fases da pesquisa explicitadas acima. Caso desista do depoimento ou queira alterar o conteúdo da entrevista, entre em contato com o(a) pesquisadora(a) para que não haja entendimento errado ou contradições nas interpretações das informações.

A pesquisa não prevê benefícios diretos aos participantes. Os benefícios do estudo serão indiretos, ou seja, de ordem complementar aos conhecimentos acumulados até então para o estudo das políticas públicas de saúde. As instituições públicas e as instituições parceiras, gestores, trabalhadores de saúde e população podem se beneficiar tardiamente com uma análise histórica e de dados concretos referente ao programa em questão.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, e ter meus direitos de:

1. Receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
2. Retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
3. Não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade.
4. Receber uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido.
5. Poder procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sito à Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César – CEP 01246-904, São Paulo, SP – Telefone: (11) 3061-7779 – e-mail: coep@fsp.usp.br, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Declaro que concordo em participar desse estudo e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

_____, ____ de ____ de 201__.

Nome do sujeito ou do responsável legal: _____

Assinatura: _____

Eu, Julia Amorim Santos, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante e/ou responsável. Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Telefone: 019 982942957

E-mail: julia.amorimsantos@gmail.com

Assinatura: _____

APÊNDICE 3 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROGRAMA DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (PROADI-SUS); CARACTERIZAÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA NO ATUAL CENÁRIO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL

Pesquisador: JULIA AMORIM SANTOS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 01539118.3.0000.5421

Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública USP/SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.207.303

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa que busca contextualizar o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), que é uma ação do Ministério da Saúde (MS) em parceria com hospitais filantrópicos, na qual o Estado concede isenção fiscal a entidades tidas como de excelência, desde que desenvolvam projetos na área da saúde pública. O PROADI-SUS é considerado tanto uma expressão do arranjo entre o setor público e o setor privado nas políticas públicas de saúde no país;

Objetivo da Pesquisa:

Analisar as características Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), seu teor histórico, sua configuração e como manifesta a articulação da relação público e privada nas políticas de saúde, considerando como período de análise os anos de 2009 a 2017.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa envolve riscos mínimos aos participantes. Os participantes são respaldados pela autorização institucional para a realização da pesquisa.

Será apresentado o objetivo e esclarecidas as dúvidas que os participantes tiverem em qualquer momento da pesquisa, e caso optem por interromper a entrevista, não haverá qualquer tipo de

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP

Continuação do Parecer: 3.207.303

prejuízo aos mesmos. Ademais, ao assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o sujeito entrevistado estabelece uma relação de comprometimento para uso estrito das informações para fins da pesquisa, assim como garante pela resolução do Conselho Nacional de Saúde n.10/16, artigo 28º, inciso IV, que a pesquisadora se responsabilize por "(...) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa", assim como pelo sigilo e resguardo dos depoimentos.

Benefícios:

A pesquisa não prevê benefícios diretos aos participantes. Os benefícios do estudo serão indiretos, ou seja, de ordem complementar aos conhecimentos acumulados até então para o estudo das políticas públicas de saúde. As instituições públicas e as instituições parceiras, gestores, trabalhadores de saúde e população podem se beneficiar tardiamente com uma análise histórica e de dados concretos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto bem desenhado que se apoia referencial das ciências sociais e humanas. Será realizada análise documental, entrevistas com atores chave, além de análise de dados secundários

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE adequado

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1175167.pdf	26/09/2018 19:55:14		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	26/09/2018 19:54:44	JULIA AMORIM SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROADI_SUS_CHARACTERIZACAO_E_ANALISE_CRITICA_NO_ATUAL_CENARIO_DA_POLITICA_PUBLICA_DE_SAUDE_NO_BRASIL.pdf	26/09/2018 19:54:23	JULIA AMORIM SANTOS	Aceito

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 01.246-904
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 Fax: (11)3061-7779 E-mail: coep@fsp.usp.br

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP

Continuação do Parecer: 3.207.303

Folha de Rosto	folhaDeRosto_assinada.pdf	05/09/2018 16:10:53	JULIA AMORIM SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 19 de Março de 2019

Assinado por:

José Leopoldo Ferreira Antunes
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

APÊNDICE 4 – CURRÍCULO LATTES

Julia Amorim Santos

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/9562777780589350>

ID Lattes: **9562777780589350**

Última atualização do currículo em 08/04/2021

Professora universitária do Centro Universitário de Paulínia (Unifacp). Possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Fez residência no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e doutoranda da Faculdade de Saúde Pública do Universidade de São Paulo (USP). Já trabalhou em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) na cidade de Campinas e participou de processos de Educação Permanente para trabalhadores da rede pública de saúde no Brasil. Possui Especialização em Processos Educacionais em Saúde, com ênfase na facilitação de metodologias ativas de ensino-aprendizagem pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, e Especialização em Teoria e Prática em Psicoterapia Breve Psicanalítica e Pronto Atendimento pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Atua na área de Psicologia (com ênfase em Psicologia Social e Psicologia da Saúde) e na área de Saúde Pública. (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome	Julia Amorim Santos
Nome em citações bibliográficas	SANTOS, J. A.; SANTOS, JÚLIA AMORIM; SANTOS, JULIA AMORIM
Lattes iD	http://lattes.cnpq.br/9562777780589350

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2017	Doutorado em andamento em Pós-graduação em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública - USP, FSP - USP, Brasil. Título: A Saúde Pública brasileira e o Estado Capitalista Contemporâneo Financeirizado: uma análise do PROADI ? Programa de apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS, Orientador: Aquilino Nogueira Mendes.
2014 - 2016	Mestrado em Saúde Coletiva (Conceito CAPES 5). Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Brasil. Título: O SUS E A CONTRA-REFORMA DO ESTADO A PARTIR DE 1990: A AMPLIAÇÃO DO PROCESSO DE PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL, Ano de Obtenção: 2016. Orientador: Gustavo Tenório Cunha. Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil.
2014 - 2014	Palavras-chave: Políticas públicas de saúde; Privatização; Modernização do setor público. Especialização em Especialização em Processos Educacionais na Saúde. (Carga Horária: 550h). Instituição de Ensino e Pesquisa Hospital Sírio-Libanês, IEP/HSL, Brasil. Título: UM NOVO OLHAR E NOVO CAMINHAR NOS PROCESSOS EDUCACIONAIS... ALGUMAS VIVÊNCIAS DE FACILITAÇÃO NO CURSO DE REGULAÇÃO EM SAÚDE NO SUS. Orientador: Clara Sette Whitaker Ferreira.
2009 - 2011	Especialização em Residência Multiprofissional em Saúde da Família. (Carga Horária: 5760h). Universidade Federal de São Carlos, UFSCAR, Brasil. Título: Cultivando Saúde: descrição e reflexão crítica sobre um grupo de promoção de saúde, resgate do conhecimento popular e uso de plantas medicinais realizado em uma USF rural. Orientador: Bernardino Geraldo A Souto; Luciana Nogueira Fioroni.
2004 - 2008	Bolsista do(a): Ministério da Saúde, MS, Brasil. Graduação em Psicologia. Universidade Federal de São Carlos, UFSCAR, Brasil. Título: Condições de Vida, Saúde e Meio Ambiente no Assentamento Sepé Tiaraju-SP.

Áquilas Nogueira Mendes

Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/7310723011915165>

ID Lattes: **7310723011915165**

Última atualização do currículo em 20/09/2021

Possui doutorado em Ciências Econômicas pela Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP - (2005), livre-docência pela USP (2012) e pós-graduação em Política e Relações Internacionais pela Lancaster University da Inglaterra (1984). Atualmente é professor livre-docente de economia política da saúde da Faculdade de Saúde Pública da USP e de seu programa de pós-graduação em Saúde Pública, professor doutor do Departamento de Economia e do Programa de Pós-Graduação em Economia Política da Pontifícia Universidade Católica (PUC-SP). Professor convidado da Queen Mary, University of London, 2017 e 2019. É pesquisador Nível 2 de Produtividade do CNPq. É líder do Grupo de Pesquisa "Saúde, Estado e Capitalismo Contemporâneo", registrado no CNPq. Publicou 144 artigos em periódicos especializados. Possui 38 capítulos de livros e 12 livros publicados, com destaque para "Tempos Turbulentos na Saúde Pública Brasileira: os impasses do financiamento no capitalismo financeirizado", Hucitec, 2012 e de "Trabalho e Saúde no Capitalismo Contemporâneo", DocSaberes, 2016. Possui 61 Trabalhos completos e 26 Resumos, sendo todos publicados em Anais de Congressos. Apresentou 79 Trabalhos ao todo em Congressos internacionais e nacionais. Participou de 250 eventos, no exterior e no Brasil. Orientou 24 dissertações de mestrado e 5 teses de doutorado, e supervisionou 2 pós-doutorados. É consultor de 17 revistas científicas e membro dos conselhos editoriais do Jornal Brasileiro de Economia da Saúde e da Revista de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana. Recebeu 27 prêmios e/ou homenagens. Entre 2007 até o momento participou da condução de 18 projetos de pesquisa. Ex-presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres) (2007-2010) e vice-presidente (2003-2007). Tem experiência de consultoria e pesquisa na área de Economia Social, com ênfase nos seguintes temas: economia política da saúde, financiamento da saúde e do SUS, gestão orçamentária e financeira das políticas públicas, com destaque para a área da saúde, economia da previdência social e da assistência social, finanças públicas, economia e desenvolvimento e economia política na América Latina. É consultor ad hoc da Fapesp. Membro da comissão de Política, Planejamento e Gestão da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e responsável pela coordenação do Health and Healthcare Working Group, que integra as Conferências Anuais do IIPE -International Initiative for Promoting Political Economy. (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome	Áquilas Nogueira Mendes
Nome em citações bibliográficas	MENDES, Áquilas Nogueira; MENDES, ÁQUILAS; MENDES, AQUILAS NOGUEIRA; MENDES, AQUILAS; MENDES, AQUILA
Lattes iD	http://lattes.cnpq.br/7310723011915165
Orcid iD	https://orcid.org/0000-0002-5632-4333

Endereço

Endereço Profissional	Faculdade de Saúde Pública - USP, Departamento de Política, Gestão e Saúde. Faculdade de Saúde Pública Pacaembu 01246904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (011) 30617980 URL da Homepage: http://www.fsp.usp.br

Formação acadêmica/titulação

2000 - 2005	Doutorado em Ciências Econômicas. Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Brasil. Título: Financiamento, Gasto e Gestão do SUS: a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema no Estado de São Paulo (1995-2001), Ano de obtenção: 2005. Orientador: Sônia Miriam Draibe.