PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE DIREITO
CURSO DE DIREITO

ROSEANA CILIÃO SACCHELLI

A EVOLUÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL, A GESTÃO DOS HOSPITAIS PUBLICOS E A EBSERH

CURITIBA
2018

ROSEANA CILIÃO SACCHELLI

A EVOLUÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL, A GESTÃO DOS HOSPITAIS PUBLICOS E A EBSERH

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Direito Econômico e Social, na linha de pesquisa “Estado, Economia e Desenvolvimento”, no Programa de Pós-graduação em Direito da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Emerson Gabardo.

CURITIBA
2018

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central

Sacchelli, Roseana Cilião
S119e A evolução da saúde pública no Brasil, a gestão nos hospitais públicos e a
2018 EBSERH / Roseana Cilião Sacchelli; orientador: Emerson Gabardo. – 2018.
227 f.; 30 cm

Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná,
Curitiba, 2018
Bibliografia: f. 193-223

1. Direito. 2. Saúde pública. 3. Direito à saúde. 4. Atenção à saúde.
5. Hospitais públicos. 6. Hospitais universitários. I. Gabardo, Emerson. II. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Direito. III. Título.

CDD 20. ed. – 340

ROSEANA CILIÃO SACCHELLI

A EVOLUÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL, A GESTÃO DOS HOSPITAIS PUBLICOS E A EBSERH

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Direito Econômico e Social, na linha de pesquisa “Estado, Economia e Desenvolvimento”, da Escola de Direito da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título em Doutor em Direito.

COMISSÃO EXAMINADORA

_____

Presidente: Prof. Dr. Emerson Gabardo (Orientador)
Pontifícia Universidade Católica do Paraná

_____

Prof. Dr. Gustavo Henrique Justino de Oliveira (Convidado)
Universidade de São Paulo

_____

Prof. Dr. José Sérgio da Silva Cristóvam (Convidado)
Universidade Federal de Santa Catarina

_____

Prof. Dr. Marcos Augusto Maliska (Convidado)
Centro Universitário Autonômo do Brasil - Unibrasil

_____

Prof. Dr. Edgar Guimarães (Convidado)
Instituto Paranaense de Direito Administrativo

_____

Prof. Dr. André Folloni (Membro do PPGD)
Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Cidade, 26 de março de 2018.

Aos meus pais Maria e Umberto, pelo amor, dedicação e apoio.

Aos meus filhos Maria Clarice e José Umberto pela motivação, amor, compreensão e apoio.

Ao meu neto Antonio, pelo amor multiplicado.

Aos meus futuros netos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela infinita misericórdia, por ter iluminado meus passos na condução desta espetacular e surpreendente jornada da vida.

Aos meus pais responsáveis por minha formação, grandes exemplos de retidão, pelo amor, dedicação e apoio.

Aos meus filhos Maria Clarice e José Umberto que souberam ser compreensivos, incentivadores e apoiadores desta minha incursão pela vida acadêmica.

Aos meus filhos de coração Andrey e Fernanda pelas conversas inteligentes e apoio constante.

Ao meu neto Antonio por ser minha fonte inspiradora, por identificar o mesmo entusiasmo no processo de aprendizagem.

A minha família, que sempre me estimulou e me apoiou nos caminhos que decidi seguir, ainda que isso implicasse em algumas ausências.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Emerson Gabardo, que foi generoso o suficiente para enxergar em mim a potencialidade, sincero para as apropriadas correções, motivador nos momentos necessários de transpor os obstáculos, traços marcantes do verdadeiro e vocacionado mestre.

Aos professores membros da banca de defesa, Prof. Dr. Gustavo Henrique Justino de Oliveira, Prof. Dr. José Sérgio da Silva Cristóvam, Prof. Dr. Marcos Augusto Maliska, Prof. Dr. Edgar Guimarães, Prof. Dr. André Folloni, por terem se disponibilizado a conhecer meu trabalho e contribuir para seu aperfeiçoamento.

Aos professores membros da banca examinadora de qualificação pelas contribuições ao trabalho.

Ao coordenador do Programa de Pós-graduação em Direito (PPGD) pela dedicação e atenção aos discentes.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Direito (PPGD) pela seriedade, dedicação e entusiasmo ao partilhar o conhecimento.

Aos colegas do curso de doutorado, pelo companheirismo e apoio.

Aos professores da Universitat Rovira i Virgili na cidade de Tarragona, Prof. Dr.Joseph Ramon Fuentes Gasó e Endrius Cocciolo, pela acolhida e generosidade no estágio de Doutorado Sanduiche na Espanha.

Ao grupo de pesquisa Núcleo de Pesquisas em Políticas Públicas e Desenvolvimento Humano (NUPED) pelas discussões e debates que propiciam o desenvolvimento de novas ideias.

À todos os funcionários do Programa de Pós-graduação em Direito e da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

À secretaria do Programa de Pós-graduação em Direito, composta por excelentes profissionais, Eva Curelo, Glair Braun e Daiane Kuster, agradeço pela atenção, dedicação, e muitas vezes, paciência no desempenho das atividades.

À Pontifícia Universidade Católica do Paraná pela concessão de bolsa taxa, e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES) pelo apoio e incentivo às pesquisas do Programa de Pós-graduação em Direito da PUCPR.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES), que me proporcionou o apoio necessário à realização do estágio fora do país (Tarragona/Espanha), experiência que, sem dúvida, me permitiu importante crescimento pessoal e ampliou as dimensões do meu universo intelectual.

A EVOLUÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL, A GESTÃO DOS HOSPITAIS PUBLICOS E A EBSERH

RESUMO

O Movimento da Reforma Sanitária foi protagonista das grandes mudanças na saúde pública brasileira, como a inclusão do direito à saúde na Constituição Federal de 1988, o alargamento e enriquecimento do conceito de saúde, a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS). A Lei Orgânica da Saúde, de 1990, no artigo 45, incorporou os Hospitais Universitários ao SUS como hospitais de atenção em nível de maior complexidade, referência na atenção secundária e terciária, assumindo funções definidas e se subordinando progressivamente à lógica do sistema. O contexto histórico dessas instituições foi marcado por sucessivas crises e tentativas de recuperação e restruturação. A complexidade da gestão dos Hospitais Universitários Federais na dupla finalidade pública de assistência direta à população e de apoio ao ensino, pesquisa e extensão das universidades, exige um nível de agilidade, flexibilidade e dinamismo incompatíveis com as limitações impostas pelo regime jurídico de direito público próprio da administração direta e das autarquias. Por outro lado, os avanços na consolidação do SUS envolveram muitos desafios, entre esses, a integração dos serviços de atenção à saúde, o que tornou necessária a inovação na organização e gestão dessas instituições. A criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) com a Lei n.12.550, de 2011, objetivou solucionar a crise de gestão dos Hospitais Universitários Federais decorrente da insuficiência de recursos financeiros e humanos, da irregularidade e precariedade nos contratos de pessoal, da deficiência nos controles internos, da limitação da autoadministração em razão da dependência da estrutura da Universidade, entre outros. O problema consiste na configuração do modelo de gestão da EBSERH quanto à sua racionalidade organizacional em relação às demandas contemporâneas, no desempenho dos Hospitais Universitários Federais na prestação de serviços de cuidados à saúde no âmbito do SUS, e no apoio ao ensino, pesquisa, extensão na formação dos profissionais de saúde. A pesquisa tem por objetivo analisar a eficiência da gestão da EBSERH na prestação de serviços dos cuidados à saúde alinhada aos princípios constitucionais, aos princípios e diretrizes do SUS, às legislações aplicáveis e instrumentos normativos em vigor, no tocante à regularidade da contratação e gerenciamento da força de trabalho, ao cumprimento das obrigações assumidas na contratualização com o SUS, e à integralização efetiva às Redes de Atenção à Saúde do SUS. Esta pesquisa se caracteriza quanto à natureza como básica, quanto à forma de abordagem qualitativa, quanto aos fins é descritiva e quanto aos meios é pesquisa documental e bibliográfica. A metodologia da investigação ocorreu por pesquisa documental à legislação, pareceres e contratos; e por pesquisa bibliográfica de livros e artigos impressos e da rede mundial de computadores. O resultado da pesquisa demonstrou a quebra de paradigmas da gestão da EBSERH como forma de superação das limitantes do modelo anterior na agilidade administrativa, na adaptação ao controle dos resultados, no aprimoramento da articulação entre os hospitais e a Rede de Atenção à saúde do SUS.

Palavras-chave: Desenvolvimento. Saúde pública. Gestão pública. Direito à saúde. Hospital Universitário Federal. EBSERH. Redes de atenção à saúde.

THE EVOLUTION OF PUBLIC HEALTH IN BRAZIL, THE MANAGEMENT OF PUBLIC HOSPITALS AND EBSERH

ABSTRACT

The Health Reform Movement, which is the protagonist of the great changes in Brazilian public health, such as the inclusion of the right to health in the Federal Constitution of 1988, the extension and enrichment of the concept of health, the institution of the Unified Health System (SUS). The Organic Law of Health of 1990, in article 45, incorporated the University Hospitals to the SUS as hospitals of attention in a level of greater complexity, reference in secondary and tertiary care, assuming defined functions and becoming progressively subordinated to the logic of the system. The historical context of these institutions was marked by successive crises and attempts at recovery and restructuring. The complexity of the management of Federal University Hospitals in the dual public purpose of direct assistance to the population and in support of the teaching, research and extension of universities requires a level of agility, flexibility and dynamism incompatible with the limitations imposed by the legal regime of public law itself of the direct administration and of the municipalities. On the other hand, the advances in the consolidation of the SUS involved many challenges, among them, the integration of health care services, which made it necessary to innovate in the organization and management of these institutions. The creation of the Brazilian Company for Hospital Services (EBSERH) with Law n. 12.550, of 2011, aimed at solving the crisis of management of Federal University Hospitals due to insufficient financial and human resources, irregularity and precariousness in personnel contracts, deficiency in internal controls, limiting self-administration due to the dependence of the University structure, among others. The problem consists in the configuration of the EBSERH management model in terms of its organizational rationality in relation to contemporary demands, in the performance of Federal University Hospitals in the provision of health care services within SUS, and in the support of teaching, research, extension in the training of health professionals. The objective of the research is to analyze the efficiency of EBSERH's management in the provision of health care services in line with the constitutional principles, principles and guidelines of the SUS, applicable laws and normative instruments in force, regarding the regularity of contracting and management of the work force, the fulfillment of the obligations assumed in contracting with the SUS, and the effective payment to SUS Health Care Networks.This research is characterized as nature as basic, as to the qualitative approach, as far as the ends are descriptive and the means is documentary and bibliographic research. The methodology of the investigation was by documentary research to the legislation, opinions and contracts; and by bibliographical research of printed books and articles and the worldwide computer network. The result of the research demonstrated the breakdown of the EBSERH management paradigms as a way of overcoming the limitations of the previous model in the administrative agility, in the adaptation to the control of the results, in the improvement of the articulation between the hospitals and the Health Attention Network of SUS.

Keywords: Development. Public health. Public administration. The Right to health. University Hospital Federal. EBSERH. Health care networks.

LA EVOLUCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA EN BRASIL, LA GESTIÓN DE LOS HOSPITALES PUBLICOS Y LA EBSERH

RESUMEN

El Movimiento de la Reforma Sanitaria, protagonista de los grandes cambios en la salud pública brasileña, como la inclusión del derecho a la salud en la Constitución Federal de 1988, la ampliación y enriquecimiento del concepto de salud, la institución del Sistema Único de Salud (SUS). La Ley Orgánica de la Salud, de 1990, en el artículo 45, incorporó los Hospitales Universitarios al SUS como hospitales de atención a nivel de mayor complejidad, referencia en la atención secundaria y terciaria, asumiendo funciones definidas y subordinándose progresivamente a la lógica del sistema. El contexto histórico de estas instituciones estuvo marcado por sucesivas crisis e intentos de recuperación y reestructuración. La complejidad de la gestión de los Hospitales Universitarios Federales en la doble finalidad pública de asistencia directa a la población y de apoyo a la enseñanza, investigación y extensión de las universidades, exige un nivel de agilidad, flexibilidad y dinamismo incompatibles con las limitaciones impuestas por el régimen jurídico de derecho público propio de la administración directa y de los municipios. Por otro lado, los avances en la consolidación del SUS involucraron muchos desafíos, entre ellos, la integración de los servicios de atención a la salud, lo que hizo necesaria la innovación en la organización y gestión de esas instituciones. La creación de la Empresa Brasileña de Servicios Hospitalarios (EBSERH) con la Ley n.12.550, de 2011, objetivó solucionar la crisis de gestión de los Hospitales Universitarios Federales derivada de la insuficiencia de recursos financieros y humanos, de la irregularidad y precariedad en los contratos de personal, deficiencia en los controles internos, de la limitación de la autoadministración en razón de la dependencia de la estructura de la Universidad, entre otros. El problema consiste en la configuración del modelo de gestión de EBSERH en cuanto a su racionalidad organizacional en relación a las demandas contemporáneas, en el desempeño de los Hospitales Universitarios Federales en la prestación de servicios de atención a la salud en el ámbito del SUS, y en el apoyo a la enseñanza, investigación, extensión en la formación de los profesionales de la salud. La investigación tiene por objetivo analizar la eficiencia de la gestión de EBSERH en la prestación de servicios de atención a la salud alineada a los principios constitucionales, a los principios y directrices del SUS, a las legislaciones aplicables e instrumentos normativos en vigor, en lo que se refiere a la regularidad de la contratación y gestión la fuerza de trabajo, el cumplimiento de las obligaciones asumidas en la contractualización con el SUS, y la integralización efectiva a las Redes de Atención a la Salud del SUS. Esta investigación se caracteriza en cuanto a la naturaleza como básica, en cuanto a la forma de abordaje cualitativa, en cuanto a los fines es descriptiva y en cuanto a los medios es investigación documental y bibliográfica. La metodología de la investigación ocurrió por investigación documental a la legislación, opiniones y contratos; y por investigación bibliográfica de libros y artículos impresos y de la red mundial de computadoras. El resultado de la investigación demostró la ruptura de paradigmas de la gestión de EBSERH como forma de superación de las limitantes del modelo anterior en la agilidad administrativa, en la adaptación al control de los resultados, en el perfeccionamiento de la articulación entre los hospitales y la Red de Atención a la salud del SUS.

Palabras clave: Desarrollo. Salud pública. Gestión pública. Derecho a la salud. Hospital Universitario Federal. Ebserh. Redes de atención a la salud.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ABRAHUE	Associação Brasileira dos Hospitais Universitários e de Ensino
ABEM	Associação Brasileira de Escolas Médicas
ABS	Atenção Básica à Saúde
ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
ADI	Ação Direta de Inconstitucionalidade
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
AMA	*American Medical Association*
ANDIFES	Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária à Saúde
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
CAEM	Comissão de Avaliação das Escolas Médicas
CCAA	Comunidades Autônomas
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CGHU	Comitê Gestor dos Hospitais Universitários
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CONASP	Conselho Nacional de Administração de Saúde Previdenciária
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde/ Conselho Nacional de Saúde
CONSUNI	Conselho Superior Universitário
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CF	Constituição Federal
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DHR	Diretoria de Hospitais Universitários Federais e Residências em Saúde
DRU	Desvinculação de Recursos da União
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

EC	Emenda Constitucional
EMI	Escolas Médicas Isoladas
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FAS	*Fundação de Ação Social*
FAT	Fundo Amparo ao Trabalhador
FEF	Fundo de Estabilização Fiscal
FGTS	Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
FIDEPS	Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde
Finsocial	Fundo de Investimento Social
FMI	Fundo Monetário Internacional
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FOC	Fiscalização de Orientação Centralizada
FSE	Fundo Social de Emergência
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
HAE	Hospitais Auxiliares de Ensino
HCPA	Hospital das Clínicas de Porto Alegre
HE	Hospitais de Ensino
HE	Hospitais Escola
HR	Hospitais Regionais
HU	Hospitais Universitários
HUF	Hospitais Universitários Federais
IAP	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IES	Instituição de Ensino Superior
IFES	Instituições Federais de Ensino Superior
INAMPS	Instituto Nacional da Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IVH	Índice de Valorização Hospitalar
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias

MARE	Ministério da Administração e Reforma do Estado
MEC	Ministério da Educação
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MPOG	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
MPF	Ministério Público Federal
MS	Ministério da Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
NPM	*New Public Management*
NHS	*National Health Service*
NGP	Nova Gestão Pública
OCDE	Organização de Cooperação para o Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OSCIP	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
OS	Organizações Sociais
OSS	Orçamento da Seguridade Social
PAIUB	Programa de Avaliação Institucional
PASEP	Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PDRAE	Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PGU	Procuradoria-Geral da República
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIS	Programa Integração Social
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PPI	Programação Pactuada Integrada
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
REHUF	Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

RJU	Regime Jurídico Único
RPA	Recibo de Pagamento a Autônomo
SIMEC	Sistema Integrado de Planejamento, Orçamento e Finanças do Ministério da Educação (SIMEC)
SINAES	Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SIPEC	Sistema de Pessoal Civil do Poder Executivo
SIPAC	Sistema Integrado de Procedimentos de Alta Complexidade
SNS	*Sistema Nacional de Salud*
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SUDS	Sistemas Unificados Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SSPE	Solicitação de Serviço de Pessoa Externa
SSN	*Servizio Sanitario Nazionale*
STF	Supremo Tribunal Federal
TCU	Tribunal de Contas da União
UBS	Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 1

2 DESENVOLVIMENTO:BASE E FONTE DE INSPIRAÇÃO PARA AS MUDANÇAS DO MOVIMENTO REFORMISTA DA SAÚDE PÚBLICA..... 7
2.1 Rumo ao desenvolvimento: processo de transformação estrutural, aspiração e objetivo dos indivíduos e do Estado..... 7
2.2 Alicerces e bases da estrutura econômica, social e política no período anterior à Constituição de 1988 16
2.3 Um breve olhar histórico sobre o caminho do Direito humano à saúde 26
2.4 No percurso da saúde pública: a era social, a era da teoria do germe e a era pós-teoria do germe 36
2.5 O campo aberto para a construção do novo paradigma da Saúde Coletiva 45

3 O CAMINHO DA REFORMULAÇÃO NORMATIVA E INSTITUCIONAL NO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL 57
3.1 Desafios e perspectivas na trajetória por uma saúde universal, igualitária e equânime..... 57
3.2 Avanços e recuos na construção do Sistema Único de Saúde..... 67
3.3 Sistemas de saúde pública universal e a tendência privatizante .. 77
3.4 Os serviços de saúde e a singularidade da natureza dos hospitais universitários como referência do SUS ..... .90
3.5 Especificações das organizações hospitalares: produção de saúde e campo de treinamento na formação profissional 102

4 HARMONIA ENTRE FORMA E REALIDADE NA PRODUÇÃO DOS SERVIÇOS DE CUIDADOS À SAÚDE DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS.... 113
4.1 A gestão dos serviços de cuidados à saúde na articulação do processo de produção 113
4.2 Os desdobramentos inerentes à sustentabilidade organizacional dos hospitais e o programa de reestruturação 125
4.3 Implicações na flexibilização do processo de trabalho na prestação de serviço à saúde com as fundações de apoio 139
4.4 EBSERH: desafio e superação na quebra de paradigmas 152
4.5 EBSERH: possibilidade de integração efetiva às Redes de Atenção à Saúde do SUS 164
4.6 EBSERH: A busca por uma gestão eficiente na saúde pública.. 174

5 CONCLUSÃO 187

REFERÊNCIAS 193

ANEXO 1 - HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS/IFES E A DATA DE CONTRATAÇÃO COM EBSERH (DADOS DO FINAL DO ANO DE 2017)..... 224

1 INTRODUÇÃO

Os avanços e transformações em todas as áreas do conhecimento no mundo trouxeram desenvolvimento e contribuíram para a melhoria da qualidade de vida. A consolidação do desenvolvimento humano tornou-se um dos objetivos da sociedade contemporânea para assegurar o bem-estar das pessoas. A crescente preocupação em relação ao desenvolvimento, em especial após a década de 1950, conduziu o estudo para os elementos explicativos das causas determinantes do atraso no desenvolvimento de alguns países e para possíveis soluções para poder superá-los.

Os governantes do Brasil buscaram atingir o desenvolvimento econômico e social, com maior ênfase a partir da segunda metade do século XX. A política desenvolvimentista tentou superar o atraso do país por meio de uma política de industrialização, período em que ocorreu um acelerado crescimento econômico, sem, contudo, melhorar as condições de vida da população. A industrialização trouxe o processo de urbanização da população de maneira desordenada, o que gerou desigualdade social em um contexto de proteção social do Estado ainda incipiente.

A estreita relação do desenvolvimento com a saúde permite que os indicadores da saúde retratem o nível de desenvolvimento econômico de uma região. Assim, um dos mais importantes objetivos do processo de desenvolvimento consiste na melhoria da saúde da população. Na década de 1970, durante o governo militar, surgiram os primeiros passos do movimento que marcaria definitivamente a história da saúde pública no país, um ambiente de proteção social, que combinava um modelo de seguro social na área previdenciária, incluindo a atenção à saúde, com um modelo assistencial para a população sem vínculos trabalhistas formais. A saúde pública limitava-se às práticas das campanhas de vacinação e à assistência à saúde previdenciária destinada aos empregados e membros de sua família.

Os sanitaristas mobilizaram-se em prol da reforma da saúde pública, no intuito de mudar a política pública de saúde, de forte cunho assistencialista e curativo, para a proteção, promoção e recuperação da saúde como garantia do direito essencial do cidadão. No cenário internacional, crescia o movimento para a superação do modelo biomédico de medicina, centrado na doença e no hospital, caro e ineficiente, para o modelo de medicinal social, que propõe superar a visão negativa de ausência de doença por um conceito integrador, identificado pelo conjunto de condicionantes de bem-estar e qualidade de vida, entendendo que a promoção da saúde e o combate à doença devem considerar tanto aspectos sociais como médicos.

O Movimento da Reforma Sanitária protagonizou grandes mudanças na saúde pública brasileira, tais como a inclusão do direito à saúde na Constituição Federal de 1988, o alargamento e o enriquecimento do conceito de saúde e a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS). A instituição do SUS contrariou interesses econômicos de grupos empresariais e corporativos e não teve apoio das principais lideranças do governo federal. Mesmo assim, o SUS tornou-se uma realidade, sendo a maior e mais inclusiva política pública construída no Brasil. Em um ambiente político e econômico adverso, a instituição do sistema de saúde com caráter universal, integral e equânime representou uma conquista histórica de cada cidadão brasileiro.

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), além de expressar a determinação de uma geração que acalentou os valores da equidade e da democracia, teve na sua trajetória histórica a marca do trabalho militante dos intelectuais sanitaristas, que conseguiram gravar nos seus pilares a solidez do marco teórico e conceitual de saúde coletiva. Contou também com o movimento Municipalista, cujo protagonismo ampliou as bases políticas do projeto da Reforma Sanitária, em defesa da integralidade da atenção e do compromisso com as necessidades e problemas de saúde da população.

Embora a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) tenha ocorrido em plena crise econômica e de financiamento e esta crise o tenha acompanhado ao longo de sua história, a peculiaridade constitutiva do sistema no seu desenho institucional permitiu a constituição da maior e mais inclusiva política pública construída no Brasil, pois o Sistema Único de Saúde oferece, de forma universal, atenção à saúde em tudo o que envolve o ser humano, como ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

A plena regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) estendeu-se até dezembro de 1990, com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, expressando uma legislação abrangente com especificação dos princípios, objetivos, atribuições, organização, direção e gestão do SUS nos diversos níveis da Federação. No seu artigo 45, incorpora os Hospitais Universitários ao SUS como hospital de atenção em nível de maior complexidade, referência na atenção secundária e terciária, assumindo funções definidas e se subordinando progressivamente à lógica do sistema.

A partir da incorporação ao SUS, os Hospitais Universitários Federais passaram a desempenhar duas importantes funções públicas: apoio à formação e especialização de profissionais de saúde, como centro de pesquisa e extensão na área;

e a produção dos cuidados de média e alta complexidade em saúde no sistema SUS. Em um contexto histórico marcado pela lógica produtivista, reforma do Estado e precarização das condições e relações de trabalho, essas instituições têm passado por crises múltiplas relacionadas aos processos de financiamento, gestão de pessoal e produção de serviços de saúde integrada ao SUS.

A Reforma Administrativa do Estado brasileiro (1995-1998), orientada pela política liberalizante, causou impacto significativo no financiamento dos Hospitais Universitários (HU). Esta reforma seguiu orientações que preconizavam a flexibilização do emprego público, o rígido controle sobre os gastos com pessoal e estimulava os hospitais a criar suas fundações para contratação de pessoal e agilidade em compras emergenciais e a eficácia dos hospitais universitários. Um impasse de difícil solução foi instaurado, de um outro lado, pela expansão da demanda de serviços imposta a estes hospitais pela implementação do SUS, e de outro, pelo financiamento insuficiente. O cenário apresentava-se ainda mais sério com a redução gradativa de pessoal, decorrente da não realização de concursos públicos.

Embora os Hospitais Universitários Federais (HUF) desempenhem um importante papel na organização e estruturação do SUS, tanto na formação e qualificação profissional, na pesquisa e desenvolvimento de tecnologias, como na prestação de serviços de referência em saúde, a crise instaurada se agravava cada vez mais. Como estratégia do governo federal na tentativa de recuperar a sustentabilidade dos hospitais, foi criado o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino (HE), em 2004, que redefiniu responsabilidades com vistas à orçamentação mais adequada destas instituições, instituiu medidas para efetivar o controle social sobre as ações de saúde e para formalizar a inserção e integração dos hospitais nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) do SUS.

As medidas propostas no programa objetivaram o aumento da oferta de serviços ao SUS e o incremento de recursos para os Hospitais Universitários Federais (HUF), reconhecendo e privilegiando a parceria com o sistema público de saúde, alicerçado no modelo de contratualização, que configura relações pactuadas e formalizadas entre gestores e prestadores de serviços, cujas obrigações recíprocas são estabelecidas focadas nos resultados. Embora o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino (HE) tenha melhorado a cooperação e reforçado a inserção dos hospitais na rede do SUS, os impactos mais importantes foram a ampliação do aporte de recursos e a mudança no modelo de financiamento, representando um alívio efetivo na crise financeira.

A área da saúde demanda uma grande quantidade de mão de obra qualificada, e a proibição de concurso público para a reposição das vagas técnico-administrativas decorrentes das vacâncias geradas em cada instituição, no período de 1995 a 2002, levou as instituições a buscar configurações alternativas nas contratações do seu quadro de pessoal. Mesmo depois de terem recebido 13.042 novos funcionários públicos entre 2002 e 2005, ainda havia déficit no quadro de pessoal dos Hospitais Universitários Federais (HUF). Para atender o aumento da demanda sem o proporcional incremento do quadro de pessoal efetivo, as universidades passaram a utilizar os pagamentos do SUS direcionados à prestação de serviços do pessoal de saúde e técnico-administrativo, via fundações de apoio ou cooperativas.

Em 2006, o Tribunal de Contas da União (TCU) expõe um panorama acerca das terceirizações presentes na administração pública, tendo constatado que mais de 27 mil trabalhadores terceirizados estavam em situação irregular dentro dos Hospitais Universitários (HU) e decidido que essa situação deveria ser reparada. Em 2010, foi criado o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), que visou a sanar a necessidade de ampliação da força de trabalho e a garantir a produtividade, possibilitando aportes provenientes de recursos do SUS por meio da contratualização.

Ao final do ano de 2010, no intuito de dar continuidade ao processo de reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (HUF), o presidente Lula edita a Medida Provisória n° 520 como solução para a regularização do quadro de pessoal das instituições e envia ao Congresso Nacional para aprovação da criação e implementação da empresa pública. A Lei n.12.550, de 15 de dezembro de 2011, autoriza a criação da empresa pública unipessoal, com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, de capital social integralmente sob a propriedade da União, vinculada ao Ministério da Educação, com prazo de duração indeterminado, denominada de Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

A EBSERH, vinculada ao Ministério da Educação (MEC), foi criada para prestar serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade assim como prestar serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres. A prestação de serviço de assistência à saúde está inserida integral e exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Frente a essas considerações, que delineiam a problemática desta tese, definiu-se como questão central de pesquisa a reflexão sobre a racionalidade organizacional em relação às demandas contemporâneas da integração das Redes de Atenção à Saúde do SUS na prestação de serviços de cuidados à saúde e no apoio ao ensino, pesquisa, extensão na formação dos profissionais de saúde dos Hospitais Universitários Federais, por meio da gestão da EBSERH.

A pesquisa tem por objetivo analisar a eficiência da gestão da EBSERH na prestação de serviços dos cuidados à saúde e no apoio à formação dos profissionais da saúde dos Hospitais Universitários Federais, alinhada aos princípios constitucionais, aos princípios e diretrizes do SUS, às legislações aplicáveis e aos instrumentos normativos em vigor.

Em consonância com o objetivo traçado, foram estabelecidas as seguintes hipóteses da pesquisa: a gestão da EBSERH propicia a superação do modelo biomédico, tão fortemente presente na formação dos profissionais da saúde, para o modelo de atenção à saúde; a gestão da EBSERH propicia eficiência na regularidade da contratação e gerenciamento da força de trabalho e o cumprimento das obrigações assumidas na contratualização com o SUS; e a viabilidade por meio da gestão da EBSERH na efetiva integração às Redes de Atenção à Saúde do SUS.

Para testar a hipótese do estudo, a forma de abordagem adotada foi a qualitativa, de natureza exploratória. Com o método de procedimento histórico**,** parte-se da pesquisa temporal para situar o objeto do estudo presente. O desenvolvimento desta tese teve como coleta de dados o levantamento bibliográfico e a análise documental. A metodologia empregada na pesquisa bibliográfica é fundamentalmente analítico-descritiva, sob os aspectos histórico-evolutivo e contextual, de forma a analisar as informações contidas nas fontes bibliográficas.

São fontes bibliográficas desta tese a literatura especializada sobre o objeto de estudo em livros e artigos impressos e a rede mundial de computadores na área do Direito, Economia, Administração e Gestão Pública. A metodologia da pesquisa documental foi feita por meio de legislação, pareceres, informes técnicos, relatórios, contratos, impressos e da rede mundial de computadores. Para o levantamento bibliográfico e documental, foi utilizado o acervo da biblioteca da Pontifícia Universidade Católica do Paraná e da *Universitat Rovira i Virgili* de Tarragona e da rede mundial de computadores.

Esta tese pretende contribuir para a superação da lacuna existente em relação a este tema na área do Direito, apontando uma reflexão sobre a eficiência da

gestão da EBSERH no papel de efetivar a integração das Redes de Atenção à Saúde no SUS na formação dos profissionais de saúde e na prestação de serviços de cuidados e atenção à saúde dos usuários do SUS, na gestão por resultados no cumprimento da contratualização entre SUS e Hospitais Universitários Federais (HUF) e na regularização dos quadros de pessoal dos hospitais.

A pesquisa está estruturada em quatro partes principais. A primeira parte, composta desta introdução, buscou traçar, em linhas gerais, o objetivo desse estudo. Após este capítulo introdutório, a segunda parte analisa a relação entre saúde e desenvolvimento, podendo ser entendida como um processo que combina crescimento econômico, mudanças fundamentais na estrutura produtiva e melhoria do padrão de vida da população. Parte-se de uma abordagem histórica, em que são analisadas a teoria do desenvolvimento e a teoria da medicina social como marcos referenciais teóricos na construção das bases e motivação do Movimento da Reforma Sanitária para a construção do Sistema Único de Saúde, o SUS.

Na terceira seção, a saúde é considerada sob uma abordagem estruturalista, que enfatiza os fatores histórico-estruturais característicos da sociedade brasileira. Assim, parte-se de uma abordagem histórica e sistemática das relações entre desenvolvimento, proteção social, saúde no Brasil e a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo uma revisão bibliográfica do contexto de superação do modelo biomédico para o modelo de atenção à saúde, na prestação dos cuidados à saúde e na formação dos profissionais da saúde no intuito de consolidação do SUS.

A quarta seção apresenta a trajetória histórica do contexto da construção e implementação da engenharia institucional do SUS e sua consolidação como política de Estado. As contribuições teóricas da teoria da organização permitem o enfoque nas características institucionais que envolvem a Administração Pública na busca pela superação do modelo tradicional para o modelo eficiente de gestão dos Hospitais Universitários Federais no âmbito do SUS.

Por fim, são apresentadas as conclusões às quais foi possível chegar.

2 O CAMINHO DA REFORMULAÇÃO NORMATIVA E INSTITUCIONAL NO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

2.1 Rumo ao desenvolvimento: processo de transformação estrutural, aspiração e objetivo dos indivíduos e do Estado

Um dos grandes desafios da sociedade contemporânea ocidental tem sido a consolidação do desenvolvimento humano. Contudo, a percepção sobre esta questão varia de acordo com o momento histórico vivido por determinadas sociedades e as experiências incorporadas que as orientam na direção de novas concepções de vida e intervenção social. A noção de desenvolvimento surge no ocidente como referência de uma sociedade em abundância, simbolizando progresso, evolução social e modernização, bem como, associa-se à experiência histórica dos países considerados desenvolvidos como os Estados Unidos e os países europeus, no âmbito das chamadas sociedades industriais, no período entre a Revolução Industrial e a Segunda Guerra Mundial.[1]

O percurso do conceito de desenvolvimento desde a Revolução Industrial até a Segunda Guerra Mundial, cientificamente assumido, tem como matriz histórico-cultural as sociedades industriais europeias viabilizadas materialmente pelas revoluções: agrícola, comercial, transporte e comunicação, e tecnológica que se imbricaram na Revolução Industrial, e são justificadas ética e culturalmente pela Revolução Francesa. O conceito de desenvolvimento nasce atrelado ao conceito de crescimento econômico, e à inquietação dos economistas em entender as causas e as perspectivas do progresso das novas sociedades industriais. Daí o caráter econômico ter predominado no conceito de desenvolvimento e perdurado até a Segunda Guerra Mundial.[2]

Para os economistas clássicos Adam Smith e David Ricardo, o crescimento econômico representa uma das principais condições para alcançar o desenvolvimento, ou seja, os dois conceitos estão intrinsecamente ligados. Adam Smith, identificou os fatores da formação da riqueza nacional, tendo inferido que a produção em escala além de diminuir os custos, possibilita a produção com lucro e a expansão do mercado. Com

---

[1] HOBSBAWM, Eric. **Era dos Extremos: o Breve Século XX (1914-1991)**. 2.ed. Tradução Marcos Santarrita. São Paulo, Companhia das Letras, 1995, p.59.

[2] AMARO, Rogério Roque**. Desenvolvimento: um conceito ultrapassado ou em renovação? Da teoria à pratica e da pratica à teoria**. ISCTE: Lisboa, 2004, p. 43-45.

o aumento do mercado, aumenta o emprego e a renda. Ademais, o autor identifica o aumento da produtividade com a especialização, entendendo que ocorre desenvolvimento com o aumento dos trabalhadores produtivos em relação aos improdutivos, redução do desemprego e elevação da renda média do conjunto da população.[3]

O tema desenvolvimento até o início do século XX, na visão clássica, significava um conjunto de valores sociais e individuais a serem buscados pelas sociedades que almejam crescer até o início do século XX. Após 1929, com a crise econômica e os desequilíbrios decorrentes da quebra da Bolsa de Nova York, tidos como estágios temporários e situações transitórias pelos economistas clássicos, exigiu-se maior aprofundamento nas reflexões sobre os problemas econômicos internacionais e sobre o desenvolvimento econômico.

O pensamento econômico predominante, apoiado na ideia de sociedade de mercado em que o Estado tinha funções extremamente limitadas, cedeu espaço às ideias intervencionistas como via segura para a economia manter um nível próximo do pleno emprego e crescimento continuado da Teoria Geral de Keynes.[4] Desse modo, a análise macroeconômica de John Maynard Keynes passou a ser aplicada em boa parte do mundo a partir da Segunda Guerra Mundial. Entretanto, esta teorização não explicava a discrepância de nível de renda entre os países pobres e ricos. Questão evidenciada, em especial, com a utilização da Contabilidade Nacional proposta por Keynes, no final dos anos de 1930. Essa contabilidade integrada ao sistema permitiu a avaliação da atividade econômica, ou seja, quantificar a produção, o consumo, investimento e a renda gerada e apropriada pelos diferentes agentes econômicos dentro de uma economia, incluindo as transações com o resto do mundo e a sua riqueza.[5]

Dessa maneira, as nações passaram a ser classificadas conforme sua renda *per capita*, em ricos ou pobres. Como salienta Nali de Jesus Souza: “um dos principais indicadores de desenvolvimento é o número de pessoas pobres, com renda insuficiente para o atendimento das necessidades básicas”.[6]

O resultado positivo da atividade econômica, o crescimento econômico, expresso pelo aumento da produção real de um país, do Produto Interno Bruto (PIB) ou

---

[3] BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. **Crescimento e desenvolvimento econômico**. Notas para uso em curso de desenvolvimento econômico na Escola de Economia de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas. São Paulo, 2008, p.1-2.

[4] GALBRAITH, John Kenneth. **A economia e o interesse público. São Paulo**: Pioneira, 1988, p.12.

[5] FEIJÓ, Carmem Aparecida; RAMOS, Roberto Luis Olinto (Orgs.)**. Contabilidade Social: referencia atualizada das contas nacionais do Brasil.** 4 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013, p.9.

[6] SOUZA, Nali de Jesus. **Curso de Economia**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2003, p.9.

Produto Nacional Bruto (PNB), orientou as políticas públicas e ações governamentais por muito tempo, até a constatação de que, na prática, crescimento econômico nem sempre significava aumento qualitativo nas condições de vida do conjunto da população de um país.[7]

Esta percepção fez emergir duas correntes do pensamento econômico, a primeira, de tradição neoclássica ou de inspiração keynesiana, considera o crescimento sinônimo de desenvolvimento. Outra, voltada para a realidade empírica, entende o crescimento como condição indispensável para o desenvolvimento, mas não condição suficiente.[8] Esta última corrente defende que desenvolvimento envolve mudanças qualitativas no modo de vida das pessoas, das instituições e das estruturas produtivas.[9]

Nesse sentido, o debate sobre desenvolvimento adquiriu maior relevância, e os economistas buscaram na História Econômica elementos para a formação de uma teoria do desenvolvimento. A Teoria do Desenvolvimento enfoca temas como transformação estrutural, distribuição de renda e dinâmica de acumulação do capital. Assim, os teóricos do desenvolvimento contribuíram para compreender como a estrutura produtiva importa na determinação do nível de crescimento econômico e na qualidade de vida de um país, bem como esclarecer porque um determinado país desenvolve e outros continuam com a economia estagnada. Entre os desenvolvimentistas estão nomes como Joseph Alois Schumpeter[10], Paul Rosenstein-

[7] BRUE, Stanley. **História do pensamento econômico**. São Paulo: Thomson, 2005, p.459.
[8] SACHS, Ignacy. **Desenvolvimento: includente, sustentável, sustentado**. Rio de Janeiro: Garamond, 2008, p.13.
[9] SOUZA, Nali de Jesus. **Curso de Economia**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2003, p.5-6.
[10] Joseph Schumpeter (1883 – 1950). Embora Schumpeter analise somente os aspectos econômicos, teve nova percepção em relação ao dos economistas clássicos ao entender que “só ocorrerá desenvolvimento na presença de inovações tecnológicas, por obra de empresários inovadores, financiados pelo crédito bancário, e que o processo produtivo deixa de ser rotineiro e passa a existir lucro extraordinário”. Cf.: SCHUMPETER, Joseph Alois.**Teoria do desenvolvimento econômico: uma investigação sobre lucros, capital, crédito, juro e o ciclo econômico**. São Paulo: Nova Cultural, 1988.

Rodan[11], Walt Whitman Rostow[12], Gunnar Myrdal[13], Ragnar Nurkse[14], Albert Hirschman[15], Raúl Prebisch[16], Celso Furtado[17], Amartya Sen[18], entre outros.

As investigações desses e de outros autores contribuíram para a noção de desenvolvimento que abarca além da dimensão econômica, também as dimensões social, política, cultural e ambiental. As pesquisas desses estudiosos versam sobre o processo de transformação da economia, a substituição de atividades tradicionais por aquelas que utilizam tecnologia, a distribuição de renda, a dinâmica de acúmulo de capital, a escassez de capital e o excesso de mão de obra.

Esses estudos surgem a partir de 1950. É o período posterior no pós Segunda Guerra Mundial, momento em que o mundo se volta para a organização econômica e social, no contexto de política do *Welfare State* e preparação dos projetos

---

[11] Paul Narcyz Rosenstein-Rodan (1902 – 1985), pioneiro da moderna teoria do desenvolvimento, publicou em seu artigo em 1943, sobre a industrialização da Europa Oriental e Meridional. Seus estudos trataram também da relação entre baixa industrialização, subdesenvolvimento e área deprimida. Cf.: ROSENSTEIN-RODAN, Paul. Problemas da industrialização da Europa Oriental e Sul-Oriental. In: AGARWALA, Amar Nath.; SINGH, S. P. Baghel (Org.). A economia do subdesenvolvimento. Rio de Janeiro: Forense,1969, p. 251-62.

[12] Walt Whitman Rostow (1916 – 2003) defende que a política pública deve ser melhor fundamentada e prescrita para atingir o crescimento acelerado nas regiões subdesenvolvidas no mundo pós-guerra. Em seus estudos procurou demonstrar que qualquer nação atravessa etapas de desenvolvimento econômico, e que certas economias ultrapassam, em poucas décadas, de um estado de estagnação a uma fase de crescimento com transformações decisivas. Cf.: ROSTOW, Walt Whitman. **Etapas do desenvolvimento econômico: um manifesto não comunista**. 5. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores,1974.

[13] As pesquisas de Gunnar Myrdal (1898 – 1987) apontam para a existência de um circulo vicioso para explicar as desigualdades entre países desenvolvidos, com altos índices de renda per capita e integração nacional, e países subdesenvolvidos. Afirmou que a distância entre esses países estaria aumentando, e só seria possível a superação do atraso e da pobreza com a reorganização da exportação e importação, diversificar e planificar a produção. Cf.: Gunnar, MYRDAL. **Teoria econômica e regiões subdesenvolvidas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Saga, 1968.

[14] Ragnar Nurkse (1907 – 1959) destaca a importância de alterar a estrutura da produção de exportação de produtos primários para a industrialização no desenvolvimento dos países. Cf.: BRUE, Stanley. **História do pensamento econômico**. São Paulo: Thomson, 2005, p.471. NURKSE, Ragnar. Padrões de comércio e desenvolvimento. In: SAVASINI, José Augusto et al. (Org.). Economia Internacional. Série ANPEC. São Paulo: Saraiva. 1979.

[15] Albert Hirschman entendia que as decisões de investimento deviam ser tomadas segundo as prioridades e as possibilidades financeiras e tecnológicas, e que os países de industrialização tardia deveriam seguir um caminho original, definido como uma seqüência de crescimento desequilibrado, já que o desenvolvimento resulta dessa indução a investir, dada a geração de pressões, tensões e desequilíbrios. Cf.: HIRSCHMAN, Albert). ***The strategy of economic development***. Yale University Press,1965, p.66.

[16] Raúl Prebisch defendia que a industrialização apresentava-se como a melhor alternativa para o rompimento do atraso dos países em desenvolvimento em relação à dinâmica do crescimento econômico e do imperialismo industrial dos países desenvolvidos. Cf.: PREBISCH, Raúl. *El desarrollo económico de la América Latina y algunos de sus principales problemas*. In: Gurrieri, Adolfo. ***La obra de Prebisch en la CEPA***L. 2.v. México, DF: *Fondo de Cultura Económica*,1982, p.100.

[17] Para Celso Furtado, as inovações tecnológicas além de constituírem a essência do desenvolvimento econômico, provocam mudanças na estrutura do sistema de produção, e por sua vez, as modificações na estrutura econômica tendem a introduzir mudanças na estrutura social como um todo. CF.:FURTADO, Celso. **Dialética do Desenvolvimento**. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1964, p. 29.

[18] Para Amartya Sem, o desenvolvimento é um processo que elimina a carência econômica e exclui todo e qualquer tipo de privação. Possibilita a participação ativamente da construção do desenvolvimento a partir da liberdade e dos direitos civis e políticos.Cf.: SEN, Amartya.**Desenvolvimento como liberdade**. ão Paulo: Companhia das Letras, 2010.

de reconstrução da Europa e do Japão. Os teóricos desenvolvimentistas apontavam na direção de um novo padrão de crescimento econômico desejado, em boa medida, para modelos econômicos que incluíssem a dimensão social, política e cultural,estabelecidos pela criação das organizações internacionais.[19]

O crescimento passa a ser compreendido como aquele capaz de gerar aumento da soma total da atividade econômica de um país, aumento do nível de renda *per capita* e melhoria no nível de vida do conjunto da população. Em outras palavras, num processo de mudanças estruturais econômicas e sociais, cujos resultados implicam em melhorias na qualidade dos recursos produtivos e avanços tecnológicos que impulsionam a produtividade e geram aumento de qualidade de vida da população.

O plano de reconstrução da Europa Ocidental, o Plano Marshall, projeto tanto de natureza econômica como parte importante na aplicação de uma doutrina de segurança estratégica do governo norte-americano, além de aportar o capital de aproximadamente 12 bilhões de dólares entre 1947 e 1957, adotou medidas protecionistas de comércio exterior, resultando em crescimento industrial da região em torno de 35%.[20]

De outro modo, os países da América Latina com estrutura primária exportadora pouco diversificada e integrada, e incapazes tanto de difundir progresso técnico para o resto da economia como de permitir o crescimento sustentado dos salários reais, reclamavam investimentos equiparados ao Plano Marshall para implementar planos de desenvolvimento. No entanto, tais demandas não obtiveram êxito. Dessa maneira, ao final da década de 1950, acentuou-se ainda mais , na América Latina, a disparidade entre os países de industrialização tardia e os países industrialmente desenvolvidos.[21]

Independentemente da diversidade teórica entre os autores, a percepção era comum na constatação da necessidade de uma ação humana que impulsionasse para uma mudança qualitativa. Eram três os principais modelos de desenvolvimento econômico do pós Segunda Guerra Mundial: 1. industrialização e tecnologia; 2. substituição das importações; e 3. desenvolvimento econômico com baseo nas

---

[19] A Organização das Nações Unidas (ONU); o Banco Internacional para a Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD);a Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE); a Organização Mundial da Saúde (OMS); a Organização das Nações Unidas para educação, ciência e cultura (UNESCO).Cf.: SOARES, João Clemente Baena. A.Relevância.dos.Organismos.Internacionais. In: **Relações internacionais: pesquisa, prática e perspectiva**. AGUILAR, Sergio Luiz Cruz; ALBRES, Hevelyn Menezes (Org.). Marilia: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012, p.43.

[20] HOBSBAWM, Eric. **Era dos Extremos: o Breve Século XX (1914-1991)**. 2.ed. Tradução Marcos Santarrita. São Paulo, Companhia das Letras, 1995, p.237-239.

[21] FUSFELD, Daniel Roland. **A Era do Economista**. São Paulo: Saraiva, 2003, p.234.

exportações. Os países latino-americanos adotaram o modelo de industrialização por substituição de importações. Modelo este compatível com a realidade latinoamericana e que substituiu a aliança do capitalismo internacional por uma aliança com os grupos industriais emergentes e com o Estado intervencionista nacional.[22]

Preocupados com os problemas dos países retardatários, os estudiosos do desenvolvimento econômico forneceram elementos para explicar e orientar as transformações econômicas e sociais com o progresso industrial e, notadamente, com a alteração do modelo econômico primário-exportador para modelo baseado na industrialização. Simultaneamente, alguns autores analisaram as forças e políticas que causam ou impedem a elevação dos padrões de vida em nações de renda baixa ou média.[23]

A renda *per capita*, todavia, mantém-se como importante indicador para demonstrar o grau de desenvolvimento de uma região ou de um país. Nesse sentido, é confirmada a investigação de Simon Kuznetz, em 1955, que relaciona a desigualdade de renda e desenvolvimento econômico, ao constatar dados sobre níveis de renda *per capita* em países desenvolvidos num determinado período. A transferência da população do setor agrícola para o industrializado, no primeiro momento, aumentaria a desigualdade de renda, em boa medida, pelo fato de que o migrante obteria renda inferior àquele que já está estabelecido. Num segundo momento, haveria melhor distribuição de renda com a maioria da mão-de-obra alocada na indústria. O autorconstatou que, nos países com estágios mais avançados de desenvolvimento, a renda cresceu na proporção em que diminuiu a participação agrícola e aumentou a participação da indústria no produto nacional.[24]

Hollis Burnley Chenery e Moshe Syrquin também buscaram estabelecer um padrão normal de industrialização entre diversos países e uma argumentação explicativa sobre os fatores que influenciaram tal trajetória, a partir de modelos econométricos.[25] Dessa forma, os estudos demonstraram que os processos de crescimento econômico pelos quais passam os países, em nível agregado, tendem a apresentar um padrão de mudança na participação setorial produtiva do PIB. Num

---

[22] SOUZA, Nali de Jesus. **Curso de Economia**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2003, p.2-4.

[23] SAES, Flávio Azevedo Marques de; SAES, Alexandre Macchione. **História econômica geral**. São Paulo: Editora Saraiva, 2013, p. 269.

[24] KUZNETZ, Simon. *Economic growth and income inequality*. ***American economic review***, v. 45, n. 1, p. 1-28, 1955.

[25] A econometria é constituída da combinação da teoria econômica geral com a aplicação de métodos matemáticos e estatísticos à análise de conjuntosde dados econômicos, com o objetivo de caracterizar empiricamente às formulações teóricas da Economia. MATOS, Orlando Carneiro de. **Econometria básica: teorias e aplicações**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2000, p. 15-20.

primeiro momento, tem-se uma queda na participação da agropecuária e outras atividades “primárias” no produto em relação à indústria que, mais à frente, perde espaço para o setor de serviços.[26]

Em uma via paralela, Nicholas Kaldor enfatiza ser a estrutura produtiva a principal diferença na dinâmica de crescimento econômico entre os países de estágios mais avançados de desenvolvimento econômico, em razão da expansão da demanda por exportações. Na visão de Kaldor e Thirlwall, o maior padrão de desenvolvimento ocorre na economia industrializada com retornos de escala crescentes, aquelas que produzem bens com maior conteúdo tecnológico e valor agregado.[27]

Não é sem razão, que na América Latina o sonho da superação do subdesenvolvimento alimentava expectativas e utopias com o progresso industrial. As teorias do desenvolvimento fundamentaram-se nas ideias ocidentais modernas de progresso, evolução social e modernização.[28] O argumento sobre a modernização fundamentava-se na narrativa de que os países atrasados estariam na mesma posição em que estavam os mais desenvolvidos no passado, com a adoção de medidas como investimento, tecnologia e integração aos mercados internacionais para superar o atraso. Em contraponto a essa idéia, os desenvolvimentistas com visão estruturalista da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), também conhecidos como cepalinos, defendiam que o subdesenvolvimento decorria das desiguais relações de troca entre os países do centro e da periferia material e distribuição de renda, entre os países menos desenvolvidos e os países desenvolvidos, não representando apenas um estágio transitório.

Raúl Prebisch, Celso Furtado e outros cepalinos desenvolveram um conjunto de proposições teóricas e de políticas econômicas para promover transformações estruturais que permitissem reduzir a disparidade com os países desenvolvidos apoiados pelos investimentos do Estado, para alavancar o processo de industrialização. No Brasil, o desenvolvimentismo teve forte influencia em diversos ambientes, como o do empresariado industrial, dos agentes formuladores da política econômica e do meio acadêmico, entre as décadas de 1950 e 1980.

Outros estudos importantes analisam aspectos limitadores da capacidade de geração de riqueza em um país pela disponibilidade ou qualidade de seus fatores de

---

[26] BONELLI, Regis. Industrialização e desenvolvimento (Notas e conjecturas com foco na experiência do Brasil)

[27] KALDOR, Nicholas. *The role of effective demand in the short run and the long run*. In: BARRÉRE, Alain (ed.). ***The Foundations of Keynesian Analysis***. London: MacMillan Press, 1988.

[28] RIST, Gilbert. ***El desarrollo: historia de una creencia occidental***. Madrid: La Catarata, 2002, p.5.

produção. A relevância do fator humano no processo de desenvolvimento do país teve a contribuição de pensadores como Theodore Schultz, Jacob Mincer e Gary Becker, que desenvolveram a teoria do capital humano, difundida a partir da década de 1960. Seus estudos avaliaram o investimento em educação e saúde para aprimorar o capital humano, e incidência direta no bem estar da sociedade melhorando a distribuição de renda e aumento da produtividade.[29]

Vale destacar que a crise da dívida externa dos anos de 1980 deflagrou o esgotamento do modelo modernizador-desenvolvimentista. Novos problemas globais surgiram, em boa medida, decorrentes do modelo de industrialização implantado, abrindo espaço para teorias inovadoras. Questões relacionadas ao caos urbano, às mudanças demográficas, à preservação ambiental, à participação social e ao fortalecimento das instituições democráticas demandaram cada vez mais respostas.

Entre 1983 e 1987, a Comissão Mundial Sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento da ONU, presidida pela médica e ex-primeira ministra da Noruega Gro Harlem Brundtland, analisou as relações entre o progresso econômico e o meio-ambiente. O relatório final da Comissão Brundtland, com o título de Nosso Futuro Comum, publicado em 1987, introduziu o conceito de desenvolvimento sustentável ao debate público e político. O relatório critica a exploração indiscriminada e devastadora da natureza do modelo de desenvolvimento adotado pelos países industrializados e reproduzido pelos países em desenvolvimento.[30]

Em relação ao mesmo assunto, a Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento de 1992, sediada na cidade do Rio de Janeiro, conhecida como “Rio 92”, promoveu o debate sobre diversos aspectos da problemática ambiental com os governos dos países do sistema da ONU e vários setores da sociedade, rompendo com paradigmas prevalecentes nas políticas de desenvolvimento econômico. O resultado desse encontro sintetizou as propostas no que se denominou Agenda 21, um plano de ação formulado internacionalmente para ser adotado em escala global, nacional e localmente em todas as áreas em que a ação humana impacta o meio ambiente.

Numa outra perspectiva, Amartya Kumar Sen e Mahbud Ul Haq propuseram uma nova metodologia para examinar o processo do desenvolvimento além da dimensão econômica, dos tradicionais indicadores econômicos PIB e renda *per capita.*

---

[29] SAUL, Renato Paulo. As raízes renegadas da teoria do capital humano. **Sociologias**, Porto Alegre, V. Ano 6, n. 12, p. 230-273, 2004.

[30] CMMAD. Comissão Mundial Sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento. **Nosso futuro comum**. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 1988, p. 49

A inserção de indicadores relacionados à expectativa de vida, à saúde e à educação foi o ponto central da nova perspectiva, que resultou noÍndice de Desenvolvimento Humano (IDH), adotado pela Organização das Nações Unidas (ONU). A percepção de desenvolvimento, para Mahbud Ul Haq, deve ser holística e abranger todos os aspectos, afinal, as pessoas são a real riqueza de uma nação. Já, Amartya Sen redefine desenvolvimento em termos da universalização e do exercício efetivo de todos os direitos humanos: políticos, civis e cívicos; econômicos, sociais e culturais. Para o autor: "o que as pessoas conseguem realizar é influenciado por oportunidades econômicas, liberdades políticas, poderes sociais e por condições habilitadoras, como boa saúde, educação básica, incentivo e aperfeiçoamento de iniciativas".[31]

Sen, ao abordar as capacidades dos indivíduos propôs uma alternativa ao uso exclusivo da renda *per capita* para determinar o bem-estar das pessoas. Ademais, Sen, ao sugerir uma estrutura de pensamento aberta às capacidades, avançou em relação às teorias tradicionais de bem-estar e apresentou uma nova abordagem ao conceito de justiça social. Para o autor, um estado mínimo de justiça social é alcançado quando todos têm um conjunto de combinações alternativas de funcionamentos básicos para poder exercer desde coisas elementares até realizações sociais mais complexas.[32]

Por sua vez, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD),[33] agência líder da rede global de desenvolvimento da ONU, criou novas bases de interpretação além do nível de renda, Produto Interno Bruto (PIB) e nível de emprego com a inserção de aspectos de natureza social e também cultural para a mensuração da qualidade de vida das populações. No seu Relatório de Desenvolvimento Humano de 1990, a ONU apresentou o desenvolvimento como um processo que amplia as escolhas das pessoas, introduziu o conceito de Desenvolvimento Humano como o novo indicador para mensurar a melhoria das condições de vida das pessoas, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), e definiu o ser humano como a grande riqueza a ser desenvolvida, através da ampliação de suas capacidades.[34]

---

[31] SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade**. Tradução Laura Teixeira Morta. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, p.18.

[32] SEN, Amartya. **Desigualdade reexaminada**. Tradução e apresentação de Ricardo Doninelli Mendes. 3. ed.- Rio de Janeiro: Record, 2012, p.173.

[33] PNUD, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, foi criado em 1965, pela resolução da Assembléia Geral da ONU, do Conselho Econômico e Social das Nações Unidas atua em mais de 166 países e trabalha conjuntamente com os países no combate à pobreza e pelo Desenvolvimento Humano. Cf.: MACHADO, João Guilherme Rocha; PAMPLONA, João Batista. A ONU e o desenvolvimento econômico: uma interpretação das bases teóricas da atuação do PNUD. **Economia e Sociedade**, v.17, n.1, p.53-84, 2008.

[34] RDH. **Relatório de Desenvolvimento Humano: definição e medição do desenvolvimento humano**. Nova York: PNUD, 1990. Disponível em:<http://hdr.undp.org/sites/default/files/reports/219/hdr_1990_en_complete_nostats.pdf>. Acesso em 22 mai. 2017.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) como medida sintética capaz de quantificar e avaliar as informações referentes a determinado aspecto da realidade que geraram benefícios ou melhoria das condições de vida em qualquer unidade geográfica (país, região, Estado, município), avalia três indicadores socioeconômicos: 1. o indicador econômico, a renda per capita (PIB per capita), como critério de eficiência produtiva; e como critérios de justiça social; 2. o indicador das condições de saúde, a longevidade (expectativa de vida), e 3. o indicador sobre a educação (taxa de matrícula e alfabetização). Revela-se, assim, umimportante instrumento que permite comparar o padrão de vida e de bem estar da população entre as nações ou regiões.

O Brasil está entre as dez maiores economia do mundo. Em valores correntes, o PIB brasileiro em 2016 somou 6,266 trilhões de reais, com uma população de 204,860 milhões de habitantes, e renda *per capita* de 1.056,80 reais. No Relatório de Desenvolvimento Humano (RDH) de 2016, o Brasil apresenta IDH de 0,754, mesmo índice que havia sido registrado em 2014, o 79º colocado no ranking composto por 188 países. Os indicadores revelam quea desigualdade na distribuição de renda é responsável pelo fato do crescimento econômico ser relativamente incapaz de reduzir a pobreza.[35]

2.2 Alicerces e bases da estrutura econômica, social e política no período anterior à Constituição de 1988

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e os indicadores de saúde monstram a relação entre o processo saúde-doença com as condições de qualidade de vida da população. A saúde é uma variável macroeconômica que retrata o nível de desenvolvimento de uma sociedade. Nesse, sentido, é fundamental a análise das transformações na estrutura produtiva do país emrelação à trajetória dos diferentes estágios de desenvolvimento, bem como, compreender como o padrão de desenvolvimento se expressa e se reproduz no âmbito da saúde.

A modificação na estrutura da produção alterou qualitativamente o modo de vida da população e as instituições. O processo de transformação da estrutura produtiva no Brasil ocorreu após o início da década de 1930. Até então, os processos produtivos predominantes orientados à exportação concentravam-se em poucos produtos de

[35] RDH. **Relatório de Desenvolvimento Humano:o trabalho como motor do desenvolvimento humano**. Nova York: PNUD, 2016, p.260. Disponível em: <http://hdr.undp.org/sites/default/files/2016_human_development_report.pdf>. Acesso em 02 jun. 2017.

origem agrícola, pecuária, florestais e minerais. Eles eram caracterizados por envolver terra e trabalho não qualificado, a renda mais baixa em decorrência da baixa produtividade e pela remuneração estabelecida em níveis apenas suficientes à sobrevivência. A urbanização e industrialização foram processos complementares, associados um ao outro. Embora a industrialização fosse restrita, devido à incipiente base técnica e à alta dependência da importação de bens de produção. Após a Segunda Guerra Mundial, o modelo de diversificação econômica baseada na expansão urbano-industrial consolida a passagem da estrutura agrário-exportador para um país urbano-industrial, formado por uma força de trabalho com considerável poder aquisitivo e um mercado consumidor de dimensões expressivas.[36]

Em 1900, o setor primário, agropecuário,respondia por 44,6% do PIB; o secundário, a indústria, por 11,6%; e o terciário, os serviços, por 43,8%. Essas proporções passariam a 38,1%, 15,7% e 46,2% respectivamente em 1920.[37] Em 1945, 30% do PIB eram gerados pelo setor agropecuário; 21% pela indústria; e 49% pelos serviços.[38] Embora a população urbana brasileira apresentasse crescimento acentuado a partir de 1920, a agricultura empregava 66,7% da população economicamente ativa (PEA), 16% nos serviços e 8,2 % na indústria. Em 1940, dos 41 milhões de habitantes brasileiros, 31,2% viviam nas cidades e 68,8% no campo; a agricultura empregava 65,9% da PEA, a indústria 13%, e os serviços 19,5%. Em 1950, 59,9% da PEA trabalhavam na agricultura; 17,6% na indústria; e 22,2% nos serviços. A população brasileira somava pouco mais de 51 milhões de habitantes, desse total 36,1% era urbana e 63,9%, rural. Em 1960, a população urbana passa para 44,67%, dez anos depois, em 1970, supera a rural, passando para 55,92% dos habitantes.[39]

Não por acaso, duas linhas ideológicas polarizavam a intelectualidade e a política brasileira entre as décadas de 1930 a 1950: a corrente liberal defendia a vocação agrária do país, e que os problemas básicos das economias decorriam dos equívocos praticados na intervenção do Estado; e a corrente desenvolvimentista, [40] que

---

[36] LOPES, Juarez Rubens Brandão. **Desenvolvimento e mudança social: formação da sociedade urbano-industrial no Brasil**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008, p. 26-28.

[37] BONELLI, Regis. Nível de Atividade e Mudança Estrutural. In: **Estatísticas do Século XX**. Rio de Janeiro: IBGE, 2003, p. 374.

[38] VILELA, André. O desenvolvimento econômico em perspectiva histórica. In: FERREIRA, Pedro Cavalcanti; GIAMBIAGI, Fábio; VELOSO, Fernando; PESSÔA, Samuel (Org.). **Desenvolvimento Econômico: uma perspectiva brasileira**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013, p. 119.

[39] VILELA, André. O desenvolvimento econômico em perspectiva histórica. In: FERREIRA, Pedro Cavalcanti; GIAMBIAGI, Fábio; VELOSO, Fernando; PESSÔA, Samuel (Org.). **Desenvolvimento Econômico: uma perspectiva brasileira**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013, p. 113.

[40] Para Luiz Carlos Bresser-Pereira: “o desenvolvimentismo é a ideologia do desenvolvimento econômico dos países retardatários, que realizaram ou realizam sua revolução nacional e industrial depois que os países mais avançados se industrializaram e se tornaram imperialistas”. BRESSER-PEREIRA, Luiz

defendia a necessidade de buscar autonomia na formulação da política econômica nacional. Os desenvolvimentistas, ao contrário dos liberais, não acreditavam na capacidade da sociedade de produzir o desenvolvimento econômico sem participação mais ativa do Estado, então, pregavam a intervenção estatal para implementar a industrialização.[41]

O fato é que o período de 1929 a 1945 representou uma profunda mudança na política econômica brasileira. As mudanças econômicas fizeram surgir um mercado interno com a modificação da estrutura do mercado externo. O país deixava de ter uma economia baseada exclusivamente na produção agrícola-exportadora para a industrialização por substituição dos importados. Para o economista Celso Furtado, houve o deslocamento do centro dinâmico da economia no país, uma mudança de orientação da política econômica. A industrialização de substituição de importações tinha como base as atividades industriais preexistentes. Ela constituía, certamente, um avanço com respeito ao que se havia feito anteriormente, mas não uma mudança qualitativa. Em boa medida, a indústria constitui a coluna vertebral do desenvolvimento de um país. Para o autor, um país industrializado possui uma relação de estrutura articulada, na qual a economia fica subordinada a um comando, ao interesse de um Estado Nacional.[42]

A economia brasileira e mundial até a quebra da Bolsa de Nova York, em 1929, e a crise internacional que se seguiu nos anos subsequentes, transcorriam sob a égide do capitalismo liberal. Em grande medida, caracterizava-se uma forte desregulamentação com a ausência da intervenção do Estado sobre o capital, sobre os tipos de investimento e sobre o comércio. O colapso do comércio mundial de 1929,

---

Carlos; GALA, Paulo. Macroeconomia estruturalista do desenvolvimento. Revista de Economia Política, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 663-686, 2010. Ricardo Bielschowsky destaca que o desenvolvimentismo surgiu como ideologia econômica, no período de 1930 a 1945 com a crise econômica internacional após a quebra da Bolsa de Nova York e seus desdobramentos e com a Depressão da década de 1930, em boa parte dos países latino-americanos, e no Brasil, também com a centralização da política nacional posterior à Revolução de 1930, a isso o autor argumenta que foi "a ideologia de sustentação do projeto de industrialização integral, considerada como forma de superar o atraso e a pobreza dos brasileiros".BIELSCHOWSKY, Ricardo. **Pensamento econômico brasileiro: o ciclo ideológico do desenvolvimentismo**. 5. ed. Rio de Janeiro: Contraponto, 2000, p. 77-78. Pedro Cezar Dutra Fonseca ressalta que o desenvolvimentismo como pensamento econômico teórico consolidou-se nas décadas de 1950 e 1960, e a criação da Cepal, Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe da Organização das Nações Unidas, cujo objetivo era a coordenação das políticas desses países, teve papel fundamental para catalisar e difundir trabalhos clássicos de nomes como Raul Prebisch, Celso Furtado, entre outros foi a criação da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal). FONSECA, Pedro Cezar Dutra. Desenvolvimentismo: a construção do conceito.In: CALIXTRE, André Bojikian; BIANCARELLI, André Martins; CINTRA, Marcos Antonio Macedo. (Org.). **Presente e Futuro do Desenvolvimento Brasileiro**. Brasília: IPEA, p. 29-78, 2014.

[41] BIELSCHOWSKY, Ricardo. **Pensamento Econômico Brasileiro: o Ciclo Ideológico do Desenvolvimentismo**. 5. ed. Rio de Janeiro, Contraponto, 2000, p. 119.

[42] FURTADO, Celso. **Criatividade e dependência na civilização industrial**. São Paulo: Cia das Letras, 2008, p.113.

intenso em profundidade e amplitude, enfraqueceu interesses dos exportadores, como ressalta Jeffrey Frieden.[43] O impacto da depressão econômica com a crise de 1929 atingiu intensamente os países em desenvolvimento e as nações produtoras de *commodities.*

Os Estados Unidos, já em 1930, adotaram medidas protecionistas com uma diminuição drástica no volume de importações. Para o Brasil, o efeito foi ainda mais grave em razão do declínio dos preços das matérias primas, combinado à retração da demanda dos Estados Unidos e Europa e à redução de oferta dos empréstimos internacionais.

Nesse período, a concentração das exportações brasileiras era muito acentuada. Até então, o modelo de crescimento econômico brasileiro centralizava-se no seu principal produto, o café. A política de valorização do café adotada pelo governo alicerçava-se na compra do excedente do estoque financiado pelos empréstimos americanos para sustentar o preço elevado da cultura. Modelo evidentemente frágil, cuja base assentava-se num único produto agrícola, altamente dependente das flutuações externas, além de favorecer uma oligarquia composta pela burguesia cafeeira.[44]

A cultura do café entre 1925 a 1929 respondia por 48% do valor médio da produção no país, entre 1932 a 1936 por 29,5%; e de 1939 a 1946, apenas 16,15%. Se por um lado, a crise de 1929 fez com que o preço do café despencasse, por outro lado, os bens manufaturados importados escasseavam no mercado mundial e seus preços relativos decolaram. Esses fatores conjugados estimularam a realocação dos recursos da burguesia cafeeira e da mão de obra disponível em outras áreas da economia, em especial, pata a indústria, ainda incipiente no país. Como destaca João Manuel Cardoso Mello: “a burguesia cafeeira foi a matriz social da burguesia industrial”.[45]

Getulio Vargas optou por manter o crescimento econômico como prioridade nos quinze anos seguidos em que governou o país, de 1930 a 1945. No período de 1930 a 1937, num contexto considerado democrático, e em seguida, de 1937 a 1945, como ditador no Estado Novo. As políticas econômicas implementadas no seu governo buscavam incrementar o desenvolvimento alicerçado no mercado interno e na indústria.

---

[43] FRIEDEN, Jeffrey A. **Capitalismo global: história econômica e política do século XX**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008, p.193-194.

[44] SOUZA, Luiz Eduardo Simões de; PIRES, Marco Cordeiro. A economia escravista mercantil e o modelo primário-exportador (1808-1930). In: PIRES, Marco Cordeiro. (Coord.). **Economia brasileira: da colônia ao governo Lula**. São Paulo: Saraiva, 2010, p.27-63.

[45] MELLO, João Manuel Cardoso. **O Capitalismo Tardio**. 11. ed. São Paulo: Editora UNESP; Campinas, SP: FACAMP, 2009, p.

O programa de desenvolvimento, a partir de 1938, priorizava a indústria de base, o desenvolvimento dos transportes e a introdução do salário mínimo. O Estado assumiu o papel de indutor do desenvolvimento industrial, tanto na regulação das atividades econômicas, como produtor direto.

Embora na Segunda Guerra Mundial a economia brasileira tenha apresentado estagnação na atividade econômica (1939 a 1942), houve forte expansão entre 1943 e 1945, sendo exportados alguns artigos industrializados como têxteis e calçados para os países aliados às potências do eixo como China, França, Grã-Bretanha, União Soviética e os Estados Unidos, o que possibilitou o acúmulo expressivo de saldo comercial. Todavia, a política de Industrialização por Substituição de Importações (ISI), que enfatizava a produção doméstica de bens antes importados, num esforço de restrição ao comércio externo e fortalecimento das fábricas nacionais,[46] parecia estar se esgotando diante da falta de autonomia econômica pela incapacidade de produção de equipamentos e bens de capital para a produção nacional. Como salienta Marcos Cordeiro Pires: "o projeto industrializante de Vargas enfrentou problemas de sustentação política e social, que impediram ações mais abrangentes do Estado no fomento da industrialização".[47]

Com a queda do Estado Novo, o país voltou à democracia, a política adotada pelo governo de Eurico Gaspar Dutra entre 1945 a 1951, acompanhava a tendência mundial da economia em direção dos princípios neoliberais acordados em *Bretton Woods*, em 1944. Todavia, essa política liberal e a contraposição do intervencionismo da era Vargas, tornou-se insustentáveis, e a partir de 1949, adotou-se o controle das importações com o objetivo de promover o desenvolvimento alicerçado na indústria. Embora os recuos e a reorientação da política econômica, tanto do governo como do Congresso Nacional, não tenham alterado a linha de estilo neoliberal dominante, a política adotada visava mais a garantia das condições de funcionamento e prosperidade do setor privado, nacional e estrangeiro do que à política desenvolvimentista.[48]

O candidato à presidência Getúlio Vargas apresentava um programa de governo de continuidade do Processo de Industrialização por Substituição de Importações (PIS), com orientação nacionalista e intervencionista. Getulio Vargas

---

[46] FRIEDEN, Jeffrey A. **Capitalismo global: história econômica e política do século XX**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008, p. 326-327.

[47] CORSI, Francisco Luiz. A criação das bases da industrialização (1930-1945). In: PIRES, Marco Cordeiro. (Coord.). **Economia brasileira: da colônia ao governo Lula**. São Paulo: Saraiva, 2010, p. 62-93.

[48] MENDONÇA, Marina Gusmão de; PIRES, Marco Cordeiro. **Formação econômica do Brasil**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002, p. 249.

retornou à presidência do país entre 1951 a 1954 com o desafio de solucionar problemas como a inflação, o desequilíbrio da balança de pagamentos, a necessidade de importar máquinas e equipamentos, a insuficiência de energia e transportes, a insuficiência de oferta de gêneros alimentícios para as populações dos centros urbanos em rápida expansão,etc.[49]

A política nacional desenvolvimentista de Vargas objetivava maior autonomia ao país, com a definição e consolidação da indústria de base, do petróleo, da energia e da química, além da expansão do setor de bens de capital, bens intermediários e infraestrutura, projetos financiados por empréstimos internacionais.Tais projetos foram parcialmente implementados em decorrência da ausência de financiamentos externos consistentes e a falta de apoio das classes dominantes a uma ação mais efetiva do Estado na economia.[50]

Com o suicídio de Vargas, o vice-presidente Café Filho assumiu o governo entre 1954 e 1955, período em que nomeou Eugenio Gudin para ministro da Fazenda, considerado a antítese do governo Vargas, oposto ao desenvolvimentismo e defensor de políticas antiinflacionárias alicerçadas no controle de emissão de moedas e do crédito. A política de estabilização implantada por Gudin de corte nos gastos públicos, investimentos públicos e contração monetária e creditícia resultou na falta de liquidez e provocou crise bancária com aumento de falências e concordatas, além de não atender às expectativas otimistas do setor cafeicultor. O candidato à sucessão Juscelino Kubitscheckque propunha intensificar o Processo de Substituição de Importações (PSI), tendo vencido as eleições de 1955.[51]

A estratégia do governo de Juscelino Kubitscheck, entre 1956 e 1960, apoiava-se na entrada de investimentos externos por meio das empresas estatais para financiar seu projeto de desenvolvimento para o país. Ele utilizou-se do planejamento estatal para sintetizar sua política de desenvolvimento industrial acelerado, “os 50 anos em 5” combinava crescimento acelerado, transformação estrutural da economia brasileira em pleno gozo das liberdades democráticas no país. O Plano de metas tratava de um ambicioso conjunto de objetivos setoriais que possibilitou o desenvolvimento

[49] IANNI, Octavio. **Estado e planejamento econômico no Brasil**. 4. ed. rev. e atual.Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1986, p.121-122.
[50] FIORI, José Luiz. **Em busca do dissenso perdido. Ensaios críticos sobre a festejada crise de Estado**.Rio de Janeiro: INsight Editorial,1995.
[51] REGO, José Márcio; MARQUES, Rosa Maria (Orgs.). E**conomiabrasileira.**3.ed. São Paulo: Saraiva, 2006, p.89-91.

industrial de bens de capital e bens de consumo duráveis, além da construção da capital, Brasília.[52]

Todavia, Juscelino Kubitscheck deixou um legado negativo ao seu sucessor, pois entre 1956 a 1960, as exportações caíram quase 15% e a dívida externa líquida aumentou 50%. Em larga medida, a origem do desequilíbrio estava no programa de construção acelerada da cidade de Brasília e na política de compra do excedente de café. Jânio Quadros assumiu o governo do país em janeiro de 1961, mas renunciou ao cargo em agosto do mesmo ano. Na sequência, o Congresso Nacional altera o sistema de governo, de presidencialismo para parlamentarismo, e João Goulart toma posse em setembro de 1961, como presidente, tendo como primeiro ministro Tancredo Neves. No entanto, num plebiscito em janeiro de 1963, retorna ao presidencialismo.

Ainda em 1962, o ministro para assuntos de desenvolvimento econômico Celso Furtado lança um plano para o desenvolvimento econômico nacional cujo escopo visava garantir rápido crescimento econômico e razoável estabilidade de preços, o Plano Trienal de desenvolvimento. Contudo, diante de grandes dificuldades políticas e econômicas, além da crise inflacionária e de um clima adverso ao governo Goulart instaurado tanto interno como externamente ao país, o plano fracassa por falta de apoio. Em julho de 1963, Celso Furtado deixava o governo.[53]

O governo João Goulart lança reformas mais profundas como a agrária, a universitária, tributária, do estatuto do capital estrangeiro, administrativa, eleitoral, bancária e urbana. Dessa forma, deflagra o descontentamento dos setores conservadores que reagiram com manifestações em massa. Em março de 1964, com apoio logístico, financeiro e militar do governo dos Estados Unidos, ocorreu a tomada do poder pelos militares.[54]

Os 21 anos seguintes são governados pelos militares, período iniciado em 15 de abril de 1964 com o presidente marechal Humberto de Alencar Castelo Branco,e finalizado concomitante ao termino do mandato do general João Batista de Oliveira Figueiredo, em 15 de março de 1985. No âmbito econômico, houve as bases assentadas no modelo nacionalista de desenvolvimento. No político, o regime militar autoritário caracterizava-se como um arranjo híbrido, que mantinha em funcionamento

---

[52] REGO, José Márcio; MARQUES, Rosa Maria (Orgs.). E**conomiabrasileira.**3.ed. São Paulo: Saraiva, 2006, p.95-100.

[53] VILLELA. André. Dos “anos dourados” de JK à crise não resolvida (1956-1963). In: GIAMBIAGI, Fabio. et al. (Orgs.). 2. ed. **Economia brasileira contemporânea: 1945-2010**. 2.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011, p.25-48.

[54] SOUZA, Luiz Eduardo Simões de. A crise política dos anos de 1960. In: PIRES, Marco Cordeiro. (Coord.). **Economia brasileira: da colônia ao governo Lula**. São Paulo: Saraiva, 2010, p.147-149.

os mecanismos e os procedimentos de uma democracia representativa: o Congresso, o Judiciário, e a alternância na Presidência da República.[55]

A política econômica do governo do presidente Castelo Branco (1964-1967), traçada pela equipe do ministro do Planejamento Roberto Campos e da Fazenda Octávio Bulhões lança o Plano de Ação Econômica do Governo (PAEG), que estabelecia ajuste conjuntural e estrutural da economia com a reforma do sistema financeiro, da estrutura tributária e do mercado de trabalho buscou combater gradualmente a inflação e a estagnação econômica, aumentar a expansão das exportações e promover a retomada do crescimento.

Essa política de estabilização entre 1964 a 1967 construiu, em certa medida, as condições necessárias para que a indústria brasileira experimentasse um novo ciclo de rápido crescimento e mudanças estruturais a partir de 1968, com a condução da economia por Antônio Delfim Neto. Foi lançado o I Plano Nacional de Desenvolvimento (I PND) entre os anos de 1972 e 1974, para investimentos em infraestruturas, cujo escopo visava colocar o Brasil entre as nações desenvolvidas no espaço de uma geração. Com intensa atuação estatal e sem uma estratégia de investimento de longo prazo coerente, a economia apresentou altos níveis de crescimento e pujante industrialização. Entretanto, algumas distorções na política econômica resultaram na grande concentração de renda neste período de expressivo crescimento do PIB. O novo ciclo de crescimento, conhecido por “milagre econômico brasileiro” (1969-1973),[56] teve financiamento do capital externo, o que resultou no grande incremento do endividamento.[57]

No panorama internacional, a polêmica no Ocidente desenvolvido não se resumia mais ao embate politico entre liberais e social-democratas. Como ressalta Maria Lúcia Teixeira Werneck Vianna: “Ao contrário do círculo vicioso do pós-guerra, que associava políticas econômicas keynesianas ao bem-estar, as nações capitalistas

---

[55] KINZO, Maria D.'Alva G. A democratização brasileira: um balanço do processo político desde a transição. **São Paulo em Perspectiva**, v. 15, n. 4, p. 3-12, out./dez., 2001.

[56] O período entre 1968 a 1973, conhecido como “milagre” econômico brasileiro, em razão das altas taxas de crescimento do PIB (1968, 9,8%; 1969, 9,5%; 1970, 10,4%; 1971, 11,3%; 1972, 11,9% e 1973, 14%); inflação baixa para os padrões brasileiros (1968, 25,5%; 1969,19,3%; 1970, 19,3%; 1971, 19,5%; 1972, 15,7% e 1973,15,6%) e superávits no balanço de pagamentos (1968, US $ 26 milhões; 1969, US$ 318 milhões; 1970, US$ 232 milhões; 1971, US$ -344 milhões; 1972, US$ -241 milhões e 1973, US$ 7 milhões). CF.: VELOSO, Fernando; VILELA, André; GIAMBIAGI, Fabio. Determinantes do “milagre” econômico brasileiro (1968-1973): uma análise empírica. Revista Brasileira de Economia. v.62,n.2, p.221-246, abr./jun.2008.

[57] HERMANN, Jennifer. Reformas, endividamento e o “milagre” econômico. In: GIAMBIAGI, Fabio et al. (Org.). 2. ed. **Economia brasileira contemporânea: 1945-2010**. 2.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011, p.90-91.

vivem, desde a segunda metade da década de 1970, o círculo vicioso do desemprego, crise das politicas sociais e o recrudescimento da pobreza".[58]

No Brasil, a estrutura produtiva da economia a partir do "milagre econômico" tornou-se mais dependente da capacidade de importar bens de capital e petróleo. Em 1973, sob pressão do cartel de produtores de petróleo, a Organização dos Países Exportadores de Petróleo (OPEP) quadriplicou o preço do petróleo e aumentou o triplo em 1979. Mesmo já com a crise do petróleo instaurada, o governo do general Ernesto Geisel (1974-1979) decidiu dar continuidade a substituição de importações de bens de produção, financiada por empréstimos externos. Com o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), o governo estabelecia metas entre 1975 a 1979. O objetivo central do II PND era elevar a renda *per capita* a mais de mil dólares e o PIB[59] ultrapassar os cem bilhões de dólares em 1977, além de preconizar a consolidação da industrialização moderna e competitiva até 1980, com indústrias petroquímicas, de máquinas e equipamentos, siderúrgica, informática, nuclear, alumínio e papel e celulose.

Foram também realizados investimentos na área de infra-estrutura, como energia e transportes, notadamente por meio das empresas estatais. Em que pese a transformação estrutural da industrialização brasileira ter ocorrido, o erro da estratégia assentava-se no financiamento, fornecido por uma combinação de bancos estatais e empréstimos internacionais. Ao contrário da previsão nas metas, o aumento do valor das importações de petróleo, somado às importações de bens de capital e insumos para abastecer o ritmo de produção produziu déficits no Balanço de Pagamento e a queima das reservas cambiais. E, assim sendo, foram ampliadas a dependência e a vulnerabilidade financeira externa da economia.[60]

Ao final do II PND, ocorreram mudanças significativas na estrutura do país, a indústria cresceu 35% entre 1974 a 1979. Entretanto, as estratégias trouxeram graves consequências para os anos subsequentes. A economia desacelerou somando-se a exacerbação da inflação, desequilíbrios fiscais e o crescente endividamento externo, que também eram um problema. No início de 1980, mudanças na política monetária

---

[58] WERNECK VIANNA, Maria Lucia Teixeira. A Americanização (perversa) da Seguridade Social no Brasil. Rio de Janeiro, Revan, 1998, p.183.

[59] O PIB do Brasil em 1979 alcançou US$ 223,477 bilhões; em 1990, atingiu US$ 469,318 bilhões; em 2000, auferiu US$ 602,200 bilhões; 2008, totalizou US$ 1,611 trilhões; em 2010, avançou para US$ 2,210 trilhões; e 2016, retrocedeu para US$ 1,796 trilhões. Cf.: CASTRO, Lavinia Barros de. Privatização, Abertura e Desindexação: A Primeira Metade dos Anos 90. In: GIAMBIAGI, Fabio et al. (Org.). **Economia brasileira contemporânea: 1945-2010**. 2.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011, p.131-164.

[60] HOBSBAWM, Eric. **Era dos Extremos: o Breve Século XX (1914-1991)**. 2. ed. Tradução Marcos Santarrita. rev. São Paulo: Companhia das Letras, 1995, p.393-397.

norte-americana elevaram as taxas de juros internacionais, que quase duplicaram entre 1978 e 1981. Assim, o governo do último presidente militar João Figueiredo (1979-1985), enfrentou a grave situação das contas externas recorrendo ao Fundo Monetário Internacional (FMI) no final de 1982.

Nesse contexto, o governo militar que se justificava mediante a narrativa de diminuição do risco da entrada do comunismo no país, não alcançou o objetivo pretendido de melhorar as condições de vida da sociedade brasileira. Os problemas econômicos que haviam provocado a intervenção militar em 1964, como a inflação alta e estagnação econômica, ressurgiram com ainda mais intensidade, permanecendo como pano de fundo do processo de transição política. O modelo de desenvolvimento no período do governo militar assentado em intensa atuação estatal, financiado pelo capital externo e com forte concentração de renda, resultou em altos níveis de crescimento econômico e industrialização, contudo, sem melhorias dos níveis de vida da população.

O fato é que a redemocratização do Brasil encerrou o ciclo do regime militar, sendo evidenciada a grave dificuldade de institucionalização do regime nas eleições em 1986. Nesse momento,estabeleceu-se a hegemonia política do partido de oposição ao regime militar, e possibilitando a aceleração do ritmo da transição rumo à democracia. Segundo Maria da Glória Gohn, o processo de crise do regime militar contribuiu para que emergisse um dos períodos mais ricos da história do Brasil, com a articulação e participação da sociedadenos movimentos e projetos para o país.[61]

A crescente estrutura suprapartidária de mobilização popular espalhada por todo o país refletia o descontentamento com o regime militar, tendo a campanha pelas “Diretas Já” levado multidões às ruas em 1984. Embora a proposta de emenda à Constituição que restituía eleições diretas para presidente, do deputado Dante de Oliveira, tenha sido rejeitada no Congresso Nacional, Tancredo Neves venceu a eleição no colégio eleitoral indireto como o primeiro presidente civil após 1964.Entretanto, tendo morrido logo após sua eleição, o vice-presidente José Sarney assume a presidência do país (1985-1990), e convoca uma Assembleia Nacional Constituinte por meio da Emenda Constitucional n. 26, promulgada em 27 de novembro de 1985, de iniciativa governamental.[62]

---

[61]GOHN, Maria da Glória. **História dos Movimentos e Lutas Sociais: a construção da cidadania dos brasileiros**. São Paulo: Loyola, 1995, p. 113.

[62] TAVARES, André Ramos. **Direito Constitucional Econômico**. 2. ed. rev. e atual. São Paulo: Método, 2006, p. 68.

A Assembléia Nacional Constituinte, integrada por 72 Senadores (23 eleitos em 1982, e 49 em 1986) e 487 Deputados instaurou-se no dia primeiro de fevereiro de 1987.Os anseios por uma nova Constituição que representasse os ideais de uma democracia plena foram concretizados com a sua promulgação no dia cinco de outubro de 1988. A Constituição brasileira de 1988 decorreu do processo de redemocratização do país após um longo período de governo autoritário, como salienta Oscar Vilhena Vieira: "produto de um intenso processo de conciliação entre as forças políticas que moldaram a transição brasileira (sem ruptura) e as arraigadas estruturas de poder".[63]

Cabe reconhecer que a Constituição de 1988 decorre de um processo que envolveu a articulação entre os mais variados grupos, com a colaboração de intelectuais e pela intensa e diversificada participação social. Um projeto democrático, fruto de diferentes interesses da sociedade, mesclado de dispositivos legais inovadores com objetivos de aumentar ou restringir os limites do arranjo social, econômico e político a ser estabelecido. Resultado de uma sociedade plural, heterogênea e desigual na materialização de metas ambiciosas, derivadas de ideologias distintas.[64]

Os atores extraparlamentares se organizaram e construíram caminhos e estratégias de pressão para dialogar com os constituintes, influir nas decisões políticas e conseguir imprimir muitas de suas reivindicações no texto constitucional.

2.3 Um breve olhar histórico sobre o caminho do direito humano à saúde

Com o fim da ditadura , a sociedade civil brasileira se organizou, motivada pela conquista dos espaços em prol da liberdade na luta política pela democracia e direitos sociais, iniciando-se um processo de construção da democracia e da cidadania.[65] A saúde, protegida juridicamente, trilhou os caminhos dos direitos humanos no âmbito do Direito Internacional. No Brasil, somente com a redemocratização do país a saúde alcançou proteção constitucional, com quarenta anos de atraso.

---

[63] VIEIRA, Oscar Vilhena. Do compromisso maximizador ao constitucionalismo resiliente. In: DRIMOULIS, Dimitri et al. **Resiliência Constitucional: compromisso maximizador, consensualismo político e desenvolvimento gradual**. São Paulo: Direito GV, 2013, p.18.

[64] SALGADO, Eneida Desiree. **Constituição e Democracia - Tijolo por tijolo em um desenho (quase) lógico: Vinte anos de construção do projeto democrático brasileiro**. 1. ed. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2007, p.259

[65] GABARDO, Emerson**. Interesse público e subsidiariedade: o Estado e a sociedade civil para além do bem e do mal**. Belo Horizonte: Fórum, 2009, p.95.

A redemocratização inspirou o anseio em integrar as normas do Direito Internacional dos Direitos Humanos à legislação interna. Como observa José Joaquim Gomes Canotilho, o rompimento com a ordem até então dominante e a descontinuidade constitucional, forma e material conduz a uma nova ordem jurídica.[66] Nesse sentido, não se discute que a Constituição Federal de 1988 tenha representado um avanço significativo, constituindo o marco jurídico da transição democrática e da institucionalização dos direitos humanos no Brasil.[67]

Sob a égide da Constituição Federal de 1988, o Estado brasileiro passou a ratificar relevantes tratados internacionais de direitos humanos. Em ordem cronológica: a Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura, em 20 de julho de 1989; a Convenção sobre os Direitos da Criança, em 24 de setembro de 1990; o Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos, em 24 de janeiro de 1992; o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, em 24 de janeiro de 1992; a Convenção Americana de Direitos Humanos, em 25 de setembro de 1992; a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, em 27 de novembro de 1995.

É importante recordar que a criação das Nações Unidas em 1945, a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 e os Tratados Internacionais instituíram um novo sistema ético de aproximação do Direito e da Moral, com a proteção integral da pessoa humana em nome de sua dignidade, após as violações cometidas na Segunda Guerra Mundial. A Declaração Universal de 1948 instaurou a concepção contemporânea de direitos humanos, ainda que sua força juridica obrigatória e vinculante, no âmbito do Direito Internacional, ocorresse só em 1966 com a incorporação do Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos e o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Esses documentos integrados constituem a Carta Internacional dos Direitos Humanos, *International Bill of Rights*, cujos preceitos jurídicos visam garantir a observância universal dos direitos nela previstos, numa sistemática de monitoramento e controle. Ao lado desse sistema normativo global, surge o sistema normativo regional de proteção, que busca internacionalizar os direitos humanos no plano regional, particularmente na Europa, América e África. [68]

---

[66]CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito Constitucional e Teoria da Constituição**, 5. ed. Editora Livraria Almedina, 2002, p., p. 195-197.

[67] PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 14. ed., rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2013, p. 64.

[68] PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 14. ed., rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2013, p.240.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, no artigo 25, reconheceu a saúde como direito humano, essencial para o desenvolvimento digno da pessoa humana: “Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários”.[69] Por sua vez, o artigo 12 do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais estabelece: “os Estados Partes reconhecem o direito de toda pessoa a desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental”. Para o pleno exercício deste direito, deverão ser adotada medidas que assegurem: a diminuição da mortinatalidade e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento são das crianças; a melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente; a prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças; e a criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em casos de enfermidade.[70]

Interessante destacar que a Declaração Universal dos Direitos Humanos precedeu, em sete meses, a Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem, aprovada em 2 de maio de 1948, na IX Conferência Internacional Americana, em Bogotá, na Colômbia, considerada o primeiro instrumento internacional de proteção aos direitos humanos, que reconhecia a saúde como direito de toda pessoa humana.[71] No plano internacional, a Constituição da Itália de 1948, reconhecia a saúde como direito fundamental do indivíduo. Cabe destacar que os principios dos direitos humanos tiveram como inspiração a Declaração dos Direitos dos Estados Unidos (*Bill of Rights*) em 1776 bem como a Declaração Francesa de 1789, especialmente com sua tríade do núcleo axiológico liberdade, igualdade e fraternidade (solidariedade). Embora, a genuína e primordial origem resulta de toda luta emancipatória e libertária de homens e mulheres ao longo da história.[72]

A luta do indivíduo pela primazia, refutando os governos absolutistas. Esse individuo que tem valor em si mesmo, e vem em primeiro lugar, antecede ao Estado. Afinal, na concepção individualista, o Estado é feito pelo indivíduo, e este não é feito

---

[69] ONU. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris, 10 dez. 1948. Disponível em: < http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf >. Acesso em: 20 jun.2017.

[70] ONU. Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Traduzido de ONU, Organização das Nações Unidas. *United Nations.* Disponível em: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx.>. Acesso em: 17 fev. 2017.

[71] RAMOS, André de Carvalho. **Direitos Humanos em juízo**. São Paulo: Max Limonad, 2001, p. 56.

[72] PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 14. ed., rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2013, p.176.

pelo Estado.[73] Nesse sentido, complementa a pertinente reflexão de Fábio Konder Comparato, identificando a emancipação histórica do individuo perante os grupos sociais aos quais ele sempre se submeteu: a família, o clã, o estatamento, as organizações religiosas, representando, assim, o surgimento e a celebração do individuo desvinculado de instituições e corporações.[74]

Torna-se oportuno analisar os direitos individuais e sociais nas Constituições do Brasil em relação ao cenário internacional tanto para compreender os anseios da sociedade brasileira no processo de construção de sua cidadania, bem como a análise do caminho até a concretização do direito à saúde como direito fundamental social na Constituição de 1988. Assim, é justificável observar que a cidadania moderna se constituiu na conquista e consolidação dos direitos humanos. Cidadania que aponta para além do sentimento de pertencimento de um individuo a uma comunidade politicamente articulada, e juridicamente organizada, que lhe atribui direitso e deveres, muito mais que titular de direitos políticos. Como propõe Thomas Humphrey Marshall, cidadania é uma condição que se obtem, um *status* concedido àqueles que são membros integrais de uma comunidade, e que significa a participação do povo no exercício do poder político. [75]

Nota-se na tradição ocidental, o caminho percorrido até o exercício da cidadania pode ter suas próprias peculiaridades. Nem sempre é pertinente a lógica da seqüência descrita por Marshall sobre a conquista dos direitos na Inglaterra, primeiramente os direitos civis, no século XVIII, direitos políticos só um século mais tarde, e os direitos sociais mais de cem anos depois. Essa lógica da seqüência foi invertida no Brasil: a pirâmide dos direitos foi colocada de cabeça para baixo. É importante o exame da maneira como a cidadania se materializa, uma vez que permite a conscientização dos direitos, a organização e luta por eles. Dessa forma, José Murilo de Carvalho entende que a ausência do exercício pleno dos direitos pode impedir o avanço a outros direitos.[76] No Brasil, a formação da cidadania teve percurso diverso da americana, inglesa ou francesa, como ressalta Emerson Gabardo: “os direitos sociais precederam os demais. Sendo assim, a noção de cidadania na Inglaterra não equivale à noção decidadania no Brasil.”[77]

---

[73] BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Trad. por Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Campus, 2004, p. 56.

[74] COMPARATO, Fábio Konder, **A afirmação histórica dos direitos humanos**. 4. ed.São Paulo: Saraiva, 2005, p.65.

[75] MARSHALL, Thomas Humphrey. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

[76] CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil. O longo Caminho**. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002,p.11.

[77]GABARDO, Emerson**. Interesse público e subsidiariedade: o Estado e a sociedade civil para além**

Partindo dessa reflexão, observa-se que no Estado Liberal, a conquista objetiva os direitos humanos individuais de liberdade civis e políticos, cujo titular é o individuo. Conhecidos na França como "liberdades públicas" e na Alemanha como "direitos de defesa", tais garantias tem como base a autonomia dos individuos, e condizem com à fase inicial do constitucionalismo do Ocidente, no século XVII.[78] Por outra via, o movimento constitucional consagrou um novo conceito para o sistema político, o Estado de Direito, que tem como linha mestra a submissão de todos perante a lei, representando a limitação do poder político. Desse modo, o liberalismo contribuiu para a formação do Estado Constitucional, em que o povo ou a nação passa a ser titular do poder político. Como acentua Norberto Bobbio, o poder dos governantes é regulado por normas constitucionais e deve ser exercido com respeito a essas regras.[79]

No Brasil, a Constituição de 1824, embora tenha estabelecido um rol de direitos e garantias no artigo 179 sob inspiração dos ideais libertários, não conseguiu concretizar tal modelo, a realidade social caracterizada pela profunda desigualdade social, impediu a sua concretização. O texto faz menção sobre à saúde, garantindo o exercício da atividade laboral sem reconhecer a saúde como direito. A Proclamação da República e sua construção não contaram com a participação das classes populares, a então nova forma de organização estatal representava a manutenção das condições formais da burguesa clássica. A população, de modo geral, considerava-se alheia e não tinha interesse em se envolver no processo. O modelo de saúde pública do país limitava-se ao combate e ao controle específico de determinadas doenças transmissíveis, a assistência à saúde individual, era prestada pelo setor privado, restando àqueles que não podiam pagar, a assistência filantrópica. A Constituição de 1891, reflexo desse ambiente, no artigo 72 assegurou os direitos e garantias, todavia, sem a real eficácia. No artigo 75, dispôs sobre a aposentadoria de funcionários públicos em caso de invalidez no serviço da nação, sem nenhuma outra menção sobre saúde.[80]

No cenário internacional, no final do século XIX e início do século XX, os direitos clássicos perdem seu caráter absoluto e adquirem uma dimensão mais relativa. Considera-se a necessidade de enfrentar novos desafios, em boa medida, em razão da

---

do bem e do mal. Belo Horizonte: Fórum, 2009, p.65.

[78] SILVA, Virgílo Afonso da. O Judiciário e as políticas públicas> entre transformação social e obstáculo à realização dos direitos sociais. In: NETO, Cláudio Pereira de Souza; SARMENTO, Daniel. **Direitos sociais: fundamentação, judicialização e direitos sociais em espécies**. Rio de Janeiro: Lúmen Júris,2008, p.589.

[79] BOBBIO, Norberto. Política e direito. In: BOVERO, Michelangelo. (Org.).**Teoria geral da política: a filosofia política e as lições dos clássicos**. Tradução de Daniela Beccaccia Versiani. Rio de Janeiro: Campus, 2000, p.237.

[80] SILVA, José Afonso da Silva. **Poder Constituinte e Poder Popular: estudos sobre a Constituição**. 1. ed. 3. tir. São Paulo: Malheiros, 2007, p. 168.

mudança de interesses, condições sociais, econômicas, políticas e outras, ocorreram modificações no elenco dos direitos humanos.[81] Surgem os direitos humanos no âmbito econômico, social e cultural, direitos que a pessoa humana deve ter como membro da sociedade. Colocam-se em pauta as reivindicações dos trabalhadores e do movimento socialista em decorrência das desigualdades sociais acentuadas pela industrialização capitalista desenfreada. O titular dos direitos, segundo Comparato, não é o ser humano em abstrato, é, sobretudo, o conjunto dos grupos sociais esmagados pela miséria, a doença, a fome e a marginalização.[82]

As críticas dos movimentos socialistas ao individualismo exacerbado e à exploração do capital sobre o trabalho, trouxeram mudanças no campo socioeconômico e político. A influência ideológica socialista promoveu a superação do modelo de constitucionalismo clássico e um novo modelo emergiu no período entre guerras. Assim aconteceu coma Constituição Mexicana de 1917, que, além de regulamentar direitos trabalhistas,tentou conciliar no mesmo texto os direitos de liberdade e os direitos sociais, superando a oposição entre o individualismo e o coletivismo. A Constituição da República de Weimar de 1919 também representa a positivação dos direitos sociais. As duas Constituições tiveram papel paradigmático em relação às demais, pois foi as que traduziram a transição do Estado Liberal para o Estado Social de Direito, e pelo tratamento dado aos direitos sociais.[83]

Em 1923, as reivindicações da classe operária brasileira por garantia de seus direitos como férias, definição de jornadas de trabalho, pensão e aposentadoria resultaram na promulgação da Lei Eloy Chaves. Foram originadas, assim, as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), cujos fundos, além das aposentadorias e pensões, proviam os serviços funerários e médico, ao trabalhador ou pessoa de sua família, que habitasse sob o mesmo teto e sob a mesma economia.[84]

Cabe ressaltar que as Constituições brasileiras do início do século XX expressam o período de transição no qual atravessava o país. A Constituição brasileira

---

[81] BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Trad. por Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Campus, 2004, p. 18-19.

[82] COMPARATO, Fábio Konder, **A afirmação histórica dos direitos humanos**. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2005, p.66.

[83] FIX-ZAMUDIO, Héctor. El Estado social de derecho y la Constitución mexicana. In:ÁLVAREZ DEL CASTILLO et al (Colab.). **La Constitución mexicana: rectoría del Estado y economía mixta**. Porrúa: UNAM, Instituto de Investigaciones jurídicas, 1985, p. 119.

[84] As Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) eram patrocinadas pelas empresas e pelos empregados. No governo de Getúlio Vargas a partir de 1930, as CAPs foram unificadas e transformadas em autarquias Centralizadas do governo federal, com a designação de Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP), subordinadas ao Ministério do Trabalho, recém criado em 1930. Cf.: UNIDAS - União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde. Origem e evolução da assistência à saúde nas empresas. In:União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde. **Autogestão em Saúde no Brasil 1980 -2005: História da Consolidação do Setor**. São Paulo: 2005, p.10.

de 1934 teve forte influência das mobilizações sociais de 1930, que levaram Getúlio Vargas provisoriamente ao poder, e o levante constitucionalista de 1932. Inspirada na Constituição de Weimar e na Constituição Espanhola de 1931, rompeu com a concepção liberal de Estado, buscando implementar as bases da estrutura do Estado Social de Direito, bem como inseriu os direitos sociais nas relações de trabalho com a implementação da justiça do trabalho e da justiça eleitoral, o voto secreto, o voto obrigatório da mulher que exercia função pública remunerada. Pela primeira vez foi designada a saúde como Direito, definindo competência concorrente da União e dos Estados o cuidado com a saúde, no artigo 10°, inciso II.

No entanto, a Constituição de 1937, no período da ditadura do Estado Novo, outorgada por Getúlio Vargas, frustou as expectativas de efetividade dos direitos individuais, apesar de alguns avanços nos direitos sociais do trabalho, como a assistência médica ao trabalhador, a licença remunerada à gestante trabalhadora, e a jornada de trabalho de oito horas. Ademais, estabeleceu a competência da União para legislar privativamente sobre normas fundamentais da defesa e proteção da saúde, especialmente da saúde da criança, no artigo 16, inciso XXVII.[85]

Em 1945, ao final da Segunda Guerra Mundial, ganha espaço a percepção de que os seres humanos, não importa de que nacionalidade, etnia ou influência legal, têm direitos universais. Como um divisor de águas, as atrocidades cometidas contra a humanidade durante o conflito, mobilizaram a comunidade internacional. Surge, assim, o movimento para a internacionalização dos direitos humanos. Para Flávia Piovesan o desenvolvimento do Direito Internacional dos Direitos Humanos decorre da crença de que poderia ter sido evitado as monstruosas violações de direitos humanos sob o comando de Hitler se houvesse um sistema internacional efetivo.[86]

O fim da guerra repercurtiu no Brasil com grandes manifestações populares contra a ditadura de Getúlio Vargas que foi deposto. No ano seguinte, com o presidente Eurico Gaspar Dutra, a Constituição de 1946 foi promulgada com inspiração liberal. Em relação à saúde, o texto constitucional estabelecia, na alínea ‘b’ do inciso XV do artigo 5º a competência da União para legislar sobre normas gerais de defesa e proteção da saúde. O momento histórico nacional concentrava-se na solução dos problemas recentes pós ditadura. No ambiente internacional, a consciência jurídica buscou a

---

[85] JACINTHO, Jussara Maria Moreno. **Dignidade humana: princípio constitucional**. Curitiba: Juruá, 2006, p. 119.

[86] PIOVESAN, Flavia. Tratados Internacionais de proteção dos direitos humanos: Jurisprudência STF. In: **Revista Internacional de Direito e Cidadania**. Instituto Estudos Direito e Cidadania, v. 1, n. 2, out./2008. Disponível em: <http://reid.org.br//arquivos/REID-002.pdf>. Acesso: 15 jun. 2017.

efetivação dos direitos humanos e do princípio da dignidade da pessoa humana, com a criação de mecanismos de promoção e proteção eficazes. E, a partir dos movimentos internacionais simultâneos foi constituída uma nova ordem internacional e nacional: o Direito Internacional dos Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional.

No contexto internacional, a era do pós guerra trouxe prosperidade para os países centrais e desenvolvidos no período de 1947 a 1973. A cidadania americana, francesa e inglesa, entre outras, avançou no contexto do Estado social. No Brasil, o ciclo de governos populistas encerrou-se com a deposição de João Goulart e o golpe de Estado liderado pelos militares, em um movimento autoproclamado Revolução de 64. Não se pode negar que o golpe tenha visado sobretudo anaquilar o debate entre o Congresso e a sociedade em torno das reformas políticas e sociais. Os atos institucionais expedidos durante o período entre 1964 e 1969 conferiram alto grau de centralização ao Poder Executivo, tendo sido restringidos drasticamente os direitos e a liberdade dos cidadãos.[87]

A Constituição outorgada em 1967, sob o regime autoritário, estabecia a competência da União para legislar sobre assuntos relacionados à saúde, previdência e seguro social, e os estados-membros legislavam supletivamente à União. Os direitos do trabalhador eram assegurados no artigo 158, XV e XVI, visando à melhoria de sua condição social a assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva; da previdência social, mediante contribuição da União, do empregador e do empregado, para seguro-desemprego, proteção da maternidade e, nos casos de doença, velhice, invalidez e morte. A Emenda Constitucional n. 1 de 1969, alterou o texto constitucional restringindo ainda mais os direitos civis e políticos dos cidadãos brasileiros, como a limitação de liberdade de reunião, o direito de votar e ser votado, a proposição de lei por parte da população.[88]

Ocorre que no início da década de 1970, vários fatores concorreram para emergir um movimento em que os atores sociais e instituições implementassem ideias e práticas transformadoras para a saúde brasileira: o Movimento da Reforma Sanitária. Como ressalta Sergio Arouca, antes da promulgação da Constituição de 1988, as políticas públicas de saúde tinham forte cunho assistencialista e curativo. Período em que o objetivo principal consistia na manutenção e recuperação da força de trabalho. Foi um modelo marcadamente de caráter privatista, do segmento de prestadores e de

---

[87] TOLEDO, Caio Navarro de. 1964: O golpe contra as reformas e a democracia. **Revista Brasileira de História**, v. 24, n. 47, São Paulo, 2004, p. 13-29.

[88] HERKENHOFF, João Batista. **Direitos humanos: uma ideia, muitas vozes**. 3.ed. Aparecida, SP: Editora Santuário, 1998, p.81.

empresas de planos privados de saúde, atualmente denominadas de seguradoras ou operadoras de planos privados, sem prioridade para as políticas públicas de saúde.[89]

Nessa conjuntura, intensificou-se o debate nacional sobre a universalização dos serviços públicos de saúde. O Movimento da Reforma Sanitária passou a reivindicar a proteção, promoção e recuperação da saúde como garantia do direito essencial do cidadão. A prestação do serviço público de saúde não estaria mais restrita aos trabalhadores inseridos no mercado formal. E nesse cenário de pressão popular no exercício da cidadania da sociedade brasileira, as propostas do Movimento da Reforma Sanitária, embasadas no apoio popular e no endoso dos técnicos gestores, inspiraram o constituinte ao definir os dispositivos constitucionais da Ordem Social, que eram fortalecer o setor público de saúde, expandir a cobertura a todos os cidadãos e integrar a medicina previdenciária à saúde pública, constituindo assim um sistema único. A Constituição Federal de 1988 incorporou as ideias inéditas à tradição brasileira do Movimento de Reforma Sanitária.

Posto de outra forma, pode-se afirmar que a redemocratização do país possibilitou que os direitos políticos adquirissem amplitude nunca antes atingida. A mobilização política da sociedade brasileira em torno de um projeto maior para o futuro do pais foi iniciado com o processo da constituinte, tornando possível que os anseios, demandas e pressões inspirassem o novo ordenamento jurídico pátrio, no qual os princípios constitucionais e os direitos fundamentais recebessem perspectiva de caráter menos individualista, numa concepção em prol do coletivo.

Nenhuma das Constituição brasileiras anteriores protegia juridicamente a saúde como um Direito essencial da pessoa humana e parte integrante de um pacto social. A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, são verificados significativos avanços no tocante aos direitos sociais e no padrão de proteção social, em razão da dívida histórica de décadas por mais equidade e justiça social. Constitucionaliza-se um novo pacto social, em que a saúde passou a ser tratada, pela ordem constitucional brasileira, como direito fundamental. Definiu-se no seu artigo 6º os direitos sociais como educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia, transporte, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância e assistências aos desamparados. Direitos que expressam a realização e proteção dos bens e interesses básicos da pessoa humana no âmbito da existência, da autonomia e do poder.[90]

---

[89] AROUCA, Sérgio. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão crítica da medicina preventiva**. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

[90] BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. 26.ed. São Paulo: Malheiros, 2010, p.374.

Além de instituir esses direitos sociais, a Constituição de 1988 orienta a proteção social pela concepção de Seguridade Social, que considera a saúde, a assistência social e a previdência social questões públicas e de responsabilidade do Estado. Desse modo, atribuiu-se ao Estado um amplo leque de deveres ao longo de toda a Constituição, como observa Daniel Wunter Hachem, delineando o perfil de uma Administração Pública inclusiva.[91] Ademais, o texto constitucional indica múltiplas normas com a imposição da criação de diretrizes e programas a serem adotados pelos Entes Públicos e pela coletividade.

O modelo do sistema nacional de saúde instituído pela Constituição de 1988, do artigo 196 ao 200 , apresenta um novo padrão de proteção constitucional em que se percebem as tendências internacionais abrangendo a perspectiva promocional, preventiva e curativa da saúde para todos. Garante a saúde como direito de todos e dever do Estado, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso igualitário à ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Para tanto, o Estado deve estruturar organizações e procedimentos que viabilizem a proteção e promoção do direito à saúde, e que devem estar abertos à participação dos indivíduos. Em linhas gerais, o texto constitucional acompanhou o alargamento do entendimento sobre a saúde que ocorreu ao longo da história.

Em síntese, não se pode negar a relevância internacional do artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos que concebe a saúde como uma das condições necessárias à vida digna. Entretanto, o preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS)[92] suplantou o conceito liberal de saúde como ausência de doença para "estado de completo bem-estar físico, mental e social".[93] Embora o marco para a melhor abrangência e compreensão contemporânea sobre saúde, foram as diretrizes expressas no documento da OMS intitulado "As Metas da Saúde para Todos" de 1978, da Declaração de Alma-Ata, na Conferência Internacional na ex-União Soviética, que definiu: "a saúde, estado de completo bem estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, mas um

---

[91] HACHEM, Daniel Wunder. A maximização dos direitos fundamentais econômicos e sociais pela via administrativa e a promoção do desenvolvimento. **Revista de Direitos Fundamentais e Democracia**, v. 13, n. 13, Curitiba, UniBrasil, p. 340-399, jan./jun. 2013.

[92] Iniciativas realizadas em Conferências Internacionais desde 1851 deram origem a Organização Mundial da Saúde (OMS), organismo sanitário internacional integrante da Organização das Nações Unidas (ONU), criada em 1948. Cf.: MATTA, Gustavo Corrêa. A organização mundial da saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.3, n.2, p.371-396, 2005.

[93] Organização Mundial da Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde, adotada pela Conferência Internacional de Saúde, realizada em Nova Iorque de 19 a 22 de julho de 1946.

direito fundamental, e a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos setores sociais e econômicos, além do setor saúde".[94]

A Conferência e a Declaração de Alma-Ata é considerada marco essencial e ponto de partida para outras iniciativas,[95] no sentido de estimular os países a alcançar metas de saúde, cujo objetivo visa diminuir as diferenças no desenvolvimento econômico e social. Desse modo, resta clara a intima relação de dependência entre a saúde e o desenvolvimento econômico e social entre os países. A proteção e promoção da saúde como condição necessária para a melhoria da qualidade de vida dos homens e para a paz mundial é um elemento central do desenvolvimento humano.

2.4 No percurso da saúde pública: a era social, a era da teoria do germe e a era pós-teoria do germe

A Assembleia Mundial de Saúde, conhecida como "Saúde para Todos", aprovou resolução que estabeleceu como principal meta dos governos e da Organização Mundial da Saúde nas décadas seguintes o alcance por parte de todos os povos de um nível de saúde que lhes permitisse levar uma vida social e economicamente produtiva. Foi a maior mobilização já concebida por um organismo internacional de saúde. Dessa maneira, "Saúde para Todos" deixou de ser um slogan, para conseguir o compromisso político dos governos participantes da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978, expresso no documento designado como Declaração de Alma-Ata. Foram, assim, lançadas as bases da estratégia de Atenção Primária da Saúde, com a finalidade de alcançar a meta de Saúde para Todos. Essas bases fundamentais inspiraram as reformas nos sistemas de saúde no mundo inteiro e, em especial, no do Brasil, o Sistema Único de Saúde.

A Declaração de Alma-Ata apresentou um novo enfoque, uma nova maneira de ver, pensar e orientar as ações e práticas no campo da saúde, e introduziu o conceito

---

[94] Organização Mundial de Saúde. Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários. Alma-Ata, Cazaquistão, URSS. Disponível em: < http://www.saudepublica.web.pt/05- PromocaoSalDe/ Dec_Alma-Ata.htm>. Acesso em 30 set. 2017.

[95] Iniciativas multinacionais, cinco Conferências de caráter internacional/global, em Alma (1978), Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jacarta (1997) e México (1999), e outras duas de caráter sub-regional em Bogotá (1992) e Port of Spain (1993). Cf.: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, p.5.

de atenção primária à saúde. Além de reafirmar a saúde como direito humano fundamental e a responsabilidade dos governos pela saúde dos cidadãos, destacou que as desigualdades são inaceitáveis, sendo necessária a participação da população nas decisões sobre a saúde para reverter o quadro desigual. Para promover a saúde devem-se igualar as oportunidades.[96]

O novo paradigma de atenção primária tem inspiração no movimento pela promoção da saúde, que surgiu nos anos de 1960, em várias partes do mundo, em larga medida, em razão da crítica e da frustação dos resultados concernentes ao modelo até então vigente e hegemônico, o modelo biomédico[97]. Entretanto, notabilizou-se com o informe Lalonde[98], no Canadá, em 1974, ainda que contasse com base teórica bem mais antiga, a medicina social[99].

Essa maneira de pensar a saúde tem fomentado a ampliação de ações pela saúde e a efetiva concretização dos objetivos nos organismos internacionais. Seguiu esse caminho: a Carta de Ottawa da I Conferência Internacional do Canadá, de 1986, em que foram listadas as condições e recursos fundamentais na ação para a promoção da saúde e equidade; a II Conferência Internacional de Adelaide na Austrália, em 1988, em que foi destacada a importância das políticas públicas para vidas saudáveis, e

---

[96] OMS - Organização Mundial de Saúde. Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários. Alma-Ata, Cazaquistão, URSS. Disponível em: < http://www.saudepublica.web.pt/05- PromocaoSalDe/ Dec_Alma-Ata.htm>. Acesso em 30 set. 2017.

[97] O modelo biomédico ou científico estuda a doença do ponto de vista: biologista (as doenças e respectivas curas relacionam-se no nível biológico); mecanicista (como na mecânica clássica, uma causa produz um efeito), associa-se a concepção unicausal (uma causa produzindo um efeito); individualista (o objeto das ações em saúde é um indivíduo, tratado por outro indivíduo); curativista (a prática sanitária passa a ser a busca da cura dos indivíduos que manifestaram alguma doença); fragmentadora por especialização e hospitalocêntrica. Centraliza o conhecimento e as práticas no profissional da saúde. Cf.: SANTOS, Jair Lício Ferreira; WESTPHAL, Marcia Faria. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos Avançados**, São Paulo, v.13, n.35, p.71-88, 1999.

[98] Relatório Lalonde realizado pelo Ministério da Saúde do Canadá, assinado por Marc Lalonde, em 1974. O documento apresenta os bons resultados nos serviços de atendimento médico, e propõe a ampliação da visão corrente de saúde com o conceito de que os determinantes do estado de saúde estariam em quatro categorias: estilo de vida, biologia humana, meio ambiente e atenção à saúde(serviços de saúde). Cf: LALONDE, Marc. ***A new perspective on the health of Canadians***. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada, 1974. Disponível em: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>. Acesso em 7 set.2017.

[99] A expressão medicina social surgiu na metade do século XIX, em 1848, na Europa, no movimento de lutas pelas mudanças políticas e sociais. Entre os adeptos e precursores dessa teoria social da medicina, estão Jules Guérin, Rudolf Ludwig Karl Virchow e Salomon Neumann, Rudolf Leubuscher, John Snow, entre outros. Embora com diferentes maneiras e caminhos, examinaram as condições de morbidade e mortalidade prevalentes na população, e identificaram a relação com os aspectos econômicos, sociais, culturais e ambientais como determinantes no processo saúde e doença. Virchow e Neumann elaboraram Projeto de uma Lei de Saúde Pública, que foi submetida à Sociedade Berlinense de Médicos e Cirurgiões em 1849, em que atribuía a responsabilidade ao Estado a saúde das pessoas, e esse deveria promover a saúde e combater e tratar a doença para todos. Virchow, na região da Silésia, Polônia, erradicou a epidemia de febre tifoide, sem conhecer a bactéria nem antibióticos, com medidas de melhorias no trabalho e nas condições de vida dos trabalhadores. Cf.: ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Editora Unesp; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994, p. 200.

enfatizou-se a responsabilidade das decisões políticas de caráter econômico para a saúde; a III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Sundsvall, na Suécia, em 1991, que destacou a interdependência entre saúde e ambiente em todos os seus aspectos; a Conferência de Bogotá, em 1992, em que evidenciou-se a situação da saúde na América Latina com a proposição de buscar conciliação entre os interesses econômicos e desígnios sociais de bem-estar; a IV Conferência Internacional de Promoção da Saúde na Indonésia, de 1997, em que foi adotada a Declaração de Jacarta, como estratégia de Saúde para Todos no Século XXI, e se ressaltou a necessidade de implementação de novas políticas nacionais e internacionais.[100]

Essa concepção de saúde propõe superar a visão negativa de ausência de doença por um conceito integrador, identificado pelo conjunto de condicionantes de bem-estar e qualidade de vida, incorporando a lógica da complexidade de visão de mundo contemporânea. Em outras palavras, a análise isolada dos determinantes da saúde, em um esquema linear de causalidade tornou-se insuficiente. Torna-se imprescindível conhecer a multiplicidade dos condicionantes nos vários níveis de complexidade e vulnerabilidade de suas articulações, para melhor intervenção no processo de combate à doença na busca pela saúde. Para tanto, é necessário compreender a intenção do ser humano e as suas interações ambientais.[101]

Nessa visão, a luta contra a doença e a busca pela saúde, compõem um processo causal. Assim, o processo saúde e doença constitui uma expressão particular que revela o processo geral da vida social. Entender a origem das causas das doenças e tratá-las tem sido uma grande preocupação humana. Essa preocupação saiu do âmbito privado de vidas individuais e mobilizou progressivamente apurados conhecimentos científicos e tecnológicos, na busca de descobrir os complexos biológicos e sociais envolvidos.[102]

As narrativas históricas sobre a saúde e a busca de inferências causais para a doença traduzem projetos filosóficos diversos. São construções de significações sobre a natureza, as funções e a estrutura do corpo e ainda sobre as relações corpo- espírito e pessoa-ambiente. Desse modo, são possíveis duas visões opostas: a ontológica e fisiológica para explicar a doença. A primeira explica as doenças como "entidades"

---

[100] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, p.19-49.

[101] HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise na implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997, p.26.

[102] CARVALHO, Antonio Ivo; BUSS, Paulo Marchiori. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: GIOVELLA, Lígia, et al (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2.ed. rev. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, p.141.

exteriores ao organismo, que o invadem para se localizar em várias das suas partes. A outra explica a doença como um desequilíbrio interno.[103]

Na trajetória histórica ocidental, é possível identificar a influência do modo de organização da sociedade no processo de causalidade entre saúde e doença. Torna-se importante delinear, nesse momento, alguns marcos temporais para melhor compreensão das diferentes formas de ver a doença, as práticas de saúde utilizadas, os modelos que as fundamentaram e o caminho percorrido no desenvolvimento da construção conceitual contemporânea de saúde e do atual sistema de saúde vigente no país. Cabe sublinhar que essa trajetória não seguiu uma continuidade linear e cumulativa, mas teve avanços e recuos nos modelos dominantes, em razão dos padrões vigentes e da organização social. Podem-se observar balizas temporais destacadas como: a pré-científica, da Antiguidade até ao século XVII; a científica, que iniciou com o pensamento científico e com a revolução industrial; a aspiração ao bem-estar social, desenvolvendo-se entre 1830 e 1870; a organização sanitária, em meados do século XIX até a década dos anos de 1970; e por fim, o movimento da medicina social, iniciado a partir da década de 1970.[104]

No final do século XIX, a ciência médica tornou-se mais efetiva com os avanços nos estudos nas áreas de fisiologia, anatomia, patologia e bacteriologia. As descobertas de Louis Pasteur no campo da microbiologia e as de Robert Koch e Edwin Klebs no caminho da etiologia e controle das infecções estabeleceram a teoria dos germes ou teoria bacteriana, e modificaram as representações sobre o corpo e sobre as relações homem e ambiente. Desse modo, foi possível compreender as patologias, o que possibilitou apontar a ocorrência de agentes externos específicos, estabelecer a relação indivíduo-agente, reconhecer a importância fundamental das condições dos hospedeiros nos processos infecciosos e estabelecer um modelo epidemiológico como uma interação entre esses dois elementos e o ambiente. Evidenciou-se a relação entre falta de higiene e presença de agentes de doenças. A partir daí, diferentes formas de intervenção sobre mecanismos de transmissão de doenças passaram a ser promovidas, bem como um conjunto de intervenções sistemáticas sobre o ambiente físico para torná-lo mais seguro, esse período ficou conhecido como revolução sanitária.[105]

---

[103] ALBUQUERQUE, Carlos Manuel de Sousa; OLIVEIRA, Cristina Paula Ferreira de. Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança. Instituto Politécnico de Vizeu, **Revista Millenium**, n. 25, jan.2002, p.2.

[104] RIBEIRO, José Luis Pais. A psicologia da saúde. In: ALVES, Railda Fernandes (Org.). **Psicologia da saúde: teoria, intervenção e pesquisa**. Campina Grande, PB: EDUEPB, p. 23-64, 2011.

[105] ALBUQUERQUE, Carlos Manuel de Sousa; OLIVEIRA, Cristina Paula Ferreira de. Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança. Instituto Politécnico de Vizeu, **Revista Millenium**, n. 25, jan.2002, p. 7.

A teoria microbiana das doenças propiciou um progresso científico sem precedentes, assim como a ciência médica desenvolveu-se rapidamente, o que fez surgir modelo biomédico. A descoberta e síntese de antibióticos e inseticidas, capazes de eliminar vetores de doenças, modificou as práticas da saúde pública e da clínica médica, que passou a intervir baseada no conhecimento técnico-cientifico, ou também denominada medicina científica. O modelo biomédico considera a existência de uma relação linear entre a causa e a doença, a qual é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, estudados do ponto de vista da biologia celular, da bioquímica e das leis da física. Essa concepção firmou-se como vitoriosa, tendo predominado nas práticas do ensino médico,[106] bem como superado os chamados "critérios sociais"[107] na formulação e solução dos problemas de saúde das populações.[108]

Embora mais tarde, numa evolução da concepção biomédica, tenham sido admitidos os determinantes multicausais, suas limitações emergiram no enfrentamento da complexidade da sociedade a partir dos anos de 1970. Nesse período, identificou-se maior incidência de mortes em doenças com etiologia comportamental, advindas do estilo de vida das pessoas. Dessa maneira, sem conseguir explicar as doenças crônicas, a evidência de que muitas doenças têm causas psicológicas, e que embora a tecnologia e o conhecimento avançasse, muitas mortes ocorriam de causas infecciosas. O pensamento microbiano e unicausal mostrou-se insuficiente e incapaz de propor soluções à essas questões. As novas exigências de saúde postulavam um modelo com ênfase na saúde e não mais na doença. O modelo até então hegemônico na sociedade ocidental foi cada vez mais cedendo espaço para o modelo de determinantes sociais. Ademais, outros fatores também pesaram como o envelhecimento da população, a diversificação da família, a mobilidade social dos indivíduos e as migrações e a

---

[106] Flexneriano, como ficou conhecido o modelo de ensino que se consolidou nos Estados Unidos da América na década de 1910, após a realização de uma pesquisa sobre o ensino da Medicina, realizado pelo educador Abraham Flexner (1866-1959), patrocinada pela Fundação Carnegie. A conclusão do relatório de que o bom modelo de ensino de Medicina deveria ser o da Rockefeller Foundation, provocou a reforma da educação médica nos Estados Unidos, e influenciou o ensino médico de muitos países no mundo ocidental. Cf.: VASCONCELOS, Eymard Mourão (Org.). **Perplexidade na universidade: vivências nos cursos de saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 266- 267.

[107] As ideias da concepção social retornaram na abordagem de Henry Sigerist e Georges Canguilhem, em 1942, no entanto, restritas à área das ciências sociais, pouco impactaram na área de saúde, permanecendo a tendência do modelo biomédico até os anos de 1970. Em que pese Sigerist já defendesse as quatro grandes tarefas do médico consistir em: promover saúde, prevenir doenças, restabelecer o doente e reabilitá-lo. Cf.: VERDI, Maria Inez; DA ROS, Marco Aurélio; SOUZA, Thaís Titon; CUTOLO, Luiz Roberto Agea. **Saúde e sociedade**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2013, p.19.

[108] SANTOS, Jair Lício Ferreira; WESTPHAL, Marcia Faria. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos Avançados**, São Paulo, v.13, n.35, p.71-88, 1999.

revolução tecnológica. Foram importantes também as experiências exitosas, como a do processo de reforma do sistema de saúde canadense, que propiciaram a superação do modelo biomédico para um modelo explicativo ainda mais abrangente, que ultrapassou o foco exclusivo de combater a doença somente depois de instalada.[109]

O impacto produzido pelo pensamento sanitário desenvolvido, especialmente nos países desenvolvidos, com o trabalho de Thomas McKeown e Charles Ronald Lowe no livro "Uma introdução à medicina social", na busca de uma reordenação do sentido da medicina na sociedade, significou a consolidação do movimento da promoção da saúde, que teve como precursora a medicina social. Em outra via, alguns autores de olhares multicausais buscaram construir um modelo de organização da intervenção humana sobre o processo saúde e doença, como o de Hugh Leavell e Edwin Clark, denominado "História Natural da Doença"[110]; o "Modelo Social Estruturalista" de Jaime Breihl e Edmundo Granda[111]; e o "Modelo do Campo da Saúde"[112] inspirado no Relatório de Marc Lalonde do Canadá. Nessa direção, as bases conceituais, de práticas e de políticas dessa nova reordenação, a promoção da saúde, foram desenvolvidas nas Conferências Internacionais e Nacionais da Organização Mundial da Saúde (OMS), entre os anos de 1986 e 1997, e passaram a representar uma estratégia com um enfoque político e técnico em torno da preservação da saúde, melhoria da atenção médica e a reabilitação.[113]

---

[109] CARVALHO, Antonio Ivo; BUSS, Paulo Marchiori. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: GIOVELLA, Lígia, et al (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2.ed. rev. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, p.149.

[110] Modelo História Natural da Doença:da década de 1970, a história natural consiste em dois períodos sequenciados: o primeiro, pré-patogênese; e o segundo, patogênese. No primeiro, as manifestações clínicas da doença ainda não surgiram no indivíduo, mas existem condições ambientais e biológicas para o seu surgimento. Na patogênese a doença está manifestada. São três níveis de prevenção: primário, secundário e terciário. No período pré-patogênico, predominam as ações de prevenção primária; no período patogênico, quando a doença começa a se manifestar, incluem-se as ações voltadas para o diagnóstico precoce e a limitação da invalidez, ações de prevenção secundária. As ações destinadas a recuperar e reabilitar o indivíduo das sequelas fixadas pelo processo mórbido, a prevenção terciária. Cf.: CARVALHO, Antonio Ivo; BUSS, Paulo Marchiori. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: GIOVELLA, Lígia, et al (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2.ed. rev. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, p.146.

[111] Modelo Social Estruturalista considera que a saúde ou a doença são determinados pela classe social e condições de vida, em decorrência aos fatores de risco que estão expostos. Cf.: BREIHL, Jaime; GRANDA, Edmund. **Saúde na Sociedade: guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico**. Tradução José da Rocha Carvalheiro. 2.ed. São Paulo: Editora Cortez/ABRASCO, 1989.

[112] Modelo do Campo da Saúde, da década de 1970, compreende que as condições de saúde dependem de quatro conjunto de fatores: da biologia humana, fatores de herança genética; meio ambiente, das condições sociais, econômicas e ambientais; o estilo de vida adotado; resultados das intervenções médico-sanitárias, organização do sistema de saúde. Cf.: LALONDE, Marc. ***A new perspective on the health of Canadians***. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada, 1974. Disponível em: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>. Acesso em 7 set.2017.

[113] ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha. Promoção da Saúde e Cidades/Municípios Saudáveis: propostas de articulação entre saúde e ambiente. In: MINAYO, Maria Cecilia de Souza; MIRANDA, Ary Carvalho (Orgs.). **Saúde e ambiente sustentável: estreitando**

Na América Latina é possível periodizar a saúde pública na construção cultural dos conceitos e práticas a partir da análise das estruturas produtivas existentes no respectivo momento histórico. Juan Cesar Garcia[114] identificou que de 1880 a 1930 a era bacteriológica e parasitológica associa-se aos problemas da produção agro-exportadora. De 1930 a 1950 desenvolve-se a assistência básica e clínica no crescimento hospitalar impulsionado pela industrialização. Em 1970 resurge a medicina tropical em razão do novo interesse pela produção agro-pecuária, e os estudos sobre os serviços de saúde são motivados a racionalizar o setor pela diminuição dos gastos estatais.[115]

No Brasil, a saúde pública emergiu como ação efetiva do Estado no final do século XIX. A implementação da economia exportadora de café, na região Sudeste, trouxe a necessidade de políticas públicas orientadas para a preservação da força de trabalho, o que significou profunda mudança nas práticas dominantes da época. As ações direcionavam-se para as melhorias das condições sanitárias basicamente no controle das endemias e do saneamento das áreas vitais para a economia nacional, como as cidades e os portos. Ações concentradas nas regiões das empresas agrícolas de café, situadas no Estado de São Paulo, e nos centros urbanos, como o eixo São Paulo e Rio de Janeiro, centralizavam o processo comercial, manufatureiro e industrial.[116]

Os historiadores e estudiosos da questão no país forneceram considerada recuperação documental sobre as ideias da saúde no Brasil colonial até as primeiras décadas do século XIX, entre 1870 e 1930, e identificaram nas práticas brasileiras o projeto da medicina social. Nesse período, afirmam os historiadores, o controle sanitário da população e o controle jurídico-administrativo pela medicina legal seriam parte integrantes do projeto de medicina social.[117] A criação dos Institutos de Pesquisa, entre 1904 a 1920, para investigar formas de combate às doenças infectocontagiosas,

---

nós. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002, p.155.

[114] Juan César García, médico e sociólogo argentino, coordenador de pesquisa da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em Washington, desenvolveu entre 1966 e 1984, relevante investigação e análise sobre a educação médica, medicina social e as determinantes da classe social no processo saúde e doença na América Latina. Cf.: NUNES, Everardo Duarte. Juan César García: a medicina social como projeto e realização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 33-144, 2015.

[115] GARCIA, Juan Cesar. ***Historia de las instituciones de investigación en salud en América Latina:*** 1880-1930. Educ. Med. Salud. v.5, n.1, p. 71-87, 1995.

[116] RISI, João Baptista; NOGUEIRA, Roberto Passos (Coord.). As condições de saúde no Brasil. FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002, p. 119

[117] CARVALHO, Maria Alice R. de; LIMA, Nísia Verônica Trindade. O argumento histórico nas análises de saúde coletiva. In: Fleury, Sônia (Org.). **Saúde coletiva? Questionando a onipotência do social**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992, p. 13.

inaugurou a organização da saúde nos moldes científicos. Tornaram-se importantes as experiências com imunização por vacinas e as intervenções da polícia sanitária, merecendo destaque as pesquisa bacteriológica do médico e cientista Oswaldo Cruz.

A assistência à saúde individual era prestada quase que exclusivamente de forma privada. Do contrário, a única forma que restava era o acesso ao serviço filantrópico religioso, a caridade. As pessoas eram atendidas pelas instituições e médicos filantropos.[118] Na década de 1920, com a Lei Elói Chaves de 1923, ocorre importante iniciativa na assistência individual, delineia-se o início do modelo médico assistencial previdenciário das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPS). Assim, os trabalhadores passam a contar com um sistema de saúde atrelado à previdência, nesse sentido, têm origem as bases para um sistema nacional de saúde corporativo tutelado pelo Estado, em que os pagadores compreendem empregadores, empregados e o Estado. Em outra via, o Código Sanitário Federal, também de 1923, estabelecia as competências do recém-criado Departamento Nacional de Saúde Pública (Decreto-Lei nº 3987/1920).[119]

O processo de industrialização no país, entre os anos de 1930 e 1945, altera a configuração do trabalho e da habitação, com a aglomeração urbana não planejada e a precariedade das condições de vida da população. Nesse contexto, a saúde adquire caráter nacional com a criação do Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública, o qual centralizou a política de saúde, organizada em dois eixos: a retomada da prática das campanhas sanitárias, aprofundando o processo de expansão dos aparelhos de Estado, e medicina previdenciária ligada aos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) e suas categorias correspondentes. As campanhas sanitárias eram coordenadas pelo Departamento Nacional de Saúde[120], que constituiu delegacias

[118] A cólera surgiu durante o século XIX, entre 1817 e 1867; a gripe espanhola em 1918; e 1928, o retorno da febre amarela. Cf.: ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Editora Unesp; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994, p.95.

[119] Em 1901, adotou-se práticas no controle dos insetos vetores no combate à febre amarela. Entre 1903 e 1908, Oswaldo Cruz desencadeou a histórica campanha contra a febre amarela no Rio de Janeiro. Em 1904, entra em vigor a lei de vacinação compulsória contra a varíola. Cf.: RISI, João Baptista; NOGUEIRA, Roberto Passos (Coord.). As condições de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002, p. 121

[120] Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) criado em 2 de janeiro de 1920, pelo Decreto nº 3.987, para ser o principal órgão federal da área de saúde, subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Seu primeiro diretor foi Carlos Chagas. As funções específicas consistiam em: direção dos serviços sanitários dos portos marítimos e fluviais; fiscalização do exercício da medicina e farmácia; estudos sobre doenças infectocontagiosas; a organização de estatísticas demográfico-sanitárias; e o auxílio aos estados, mediante solicitação dos respectivos governos, em situações especiais como epidemias. Oswaldo Cruz assume a gestão entre 1903 e 1909, e amplia a competência da diretoria com a legislação sanitária, incorpora os serviços de higiene defensiva no Distrito Federal, a polícia sanitária, a profilaxia geral e a higiene domiciliar. Em 1920, estruturou-se para garantir uma maior presença da saúde pública em todo território nacional por meio de convênios com os estados, cujo objetivo focava na criação de serviços de profilaxia rural para o combate às principais endemias, a ancilostomíase e a

federais distribuídas em oito regiões, as quais inspecionavam serviços e supervisionavam as atividades do setor. Nesse período, as Conferências Nacionais de Saúde e Educação[121] eram marcos de debate e participação dos novos profissionais no âmbito do ministério sobre a superação do atraso e da pobreza.[122]

Em 1942, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), por meio de convênio com órgãos americanos e patrocínio da Fundação Rockefeller, cuja função consistia em assegurar condições sanitárias nas regiões produtoras de matérias-primas estratégicas aos interesses militares dos Estados Unidos, como a borracha da região amazônica e o minério de ferro e mica do Vale do Rio Doce.[123] De modo geral, a assistência médica individual, segundo o modelo de medicina cientifica, centrado nos hospitais, essencialmente de caráter curativo, destinava-se aos trabalhadores contribuintes da previdência social e seus dependentes. Outras categorias profissionais aderiram ao modelo dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), formando novos institutos, e em 1945, existiam cerca de dois milhões de pessoas vinculadas aos institutos previdenciários. Assim, a política de saúde pública demandou mais investimentos, bem como novos centros e postos de saúde. O atendimento à saúde, no período de 1945 a 1964, caracterizou-se também pelo modelo médico-sanitário que consistiu em dois eixos: o controle e combate às epidemias em escala social, e a assistência médica aos trabalhadores segurados do sistema previdenciário, e seus dependentes. [124] De outra parte, a comunidade técnica previdenciária dominante era adepta à noção de seguro social, da contenção de despesas e do regime de

malária, e também para o controle da lepra. Cf.: HOCHMAN, Gilberto. **A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil**. São Paulo: Hucitec/Anpocs, 1998.

[121] 1ª Conferência Nacional de Saúde, CNS, (1941), tema: "Situação sanitária e assistencial dos Estados", debate sobre questão e as responsabilidades nos níveis estaduais e municipais, nos serviços de saneamento básico, ações de proteção materno-infantil e campanhas contra a tuberculose e a hanseníase; 2ª CNS (1950), tema: "Legislação referente à higiene e a legislação do trabalho", estabeleceu estratégias para definição na legislação sobre prioridades, discutiu sobre assistência médica sanitária preventiva a gestantes; (Fleury, 1991).; 3ª CNS (1963), tema: "Descentralização na área de saúde". Com a participação dos movimentos democráticos na área da saúde As Conferências Nacionais de Saúde, durante a ditadura militar, aconteceram com pouca participação e sob forte repressão do Estado. A 4ª CNS (1967), o tema: "Recursos humanos para as atividades em saúde", o debate em torno da necessidade da formação profissional sanitarista do trabalhador da área de saúde; A 5ª CNS (1975) e a 6ª CNS (1977)o tema: A institucionalização e implementação do sistema nacional de saúde; A 7ª CNS (1980), o tema: "Extensão das ações de saúde por meio dos serviços básicos". Cf.: FLEURY, Sônia.

[122] RISI, João Baptista;NOGUEIRA, Roberto Passos (Coord.). As condições de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002, p. 124.

[123] Nos anos de 1950, o SESP se expandiu para outros estados brasileiros, principalmente os da região nordeste, construiu-se redes de unidades de saúde locais com ênfase tanto na medicina preventiva como a curativa, e como eixo principal, a educação sanitária. Cf.: CAMPOS, André Luiz Vieira de. Cooperação internacional em saúde: o Serviço Especial de Saúde Pública e seu programa de Enfermagem. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.3, p.879-888, 2008.

[124] BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil.** São Paulo, Editora Ática, 1996, p.43.

capitalização, e que a preocupação primordial do sistema previdenciário deveria ser aposentadorias e pensões, deixando a assistência médica como algo residual, complementar e subsidiário.[125]

Sob o enfoque das políticas de saúde, embora o Ministério da Saúde tenha desenvolvido um programa de assistência às crianças, em meados da década de 1950, com o qual se multiplicaram os serviços de higiene infantil, acompanhamento, vacinação e tratamento das crianças doentes, como a assistência às mães, de modo geral, a saúde pública teve pouco investimento nesse período. Em que pese o projeto de medicina preventiva ter sido muito discutido, com o apoio da Organização Pan- Americana da Saúde (OPAS),[126] os recursos foram destinados, predominantemente, à aquisição de tecnologia na assitência orientada pelo modelo de saúde individualizada, curativa, medicalizada e elitista. O fato é que, ao longo dos anos de 1950, manteve-se o modelo de assistência baseado em grandes hospitais, especializado e fragmentado, de elevado custo, preterindo o modelo da atenção básica com postos de saúde, consultórios e ambulatórios com baixo custo.[127]

2.5 O campo aberto para a construção do novo paradigma da Saúde Coletiva

O término da Segunda Guerra Mundial trouxe um cenário de profundas mudanças em que se aprofundou o desmembramento entre as políticas e práticas de saúde pública e a assistência médica. Assim como tomou corpo a medicina preventivista de atenção à saúde em oposição ao modelo hegemônico curativista vigente. Em certa medida, isso aconteceu em decorrência da busca de fazer frente aos crescentes custos da medicina curativa, concentrada nos atendimentos em unidades complexas como os hospitais, bem como, a tentativa em superar a distância entre as esferas da saúde

---

[125] OLIVEIRA, Jaime Antonio de. De Araújo; TEIXEIRA, Sônia Maria. Fleury. (**Im)previdência social 60 anos da história da previdência do Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1985, p.160-161.

[126] Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) no Brasil, fundada em 1902, no início direcionava ferramentas e programas disponíveis a atenção às doenças infecciosas. O enfoque contemporâneo da OPAS concentra-se na cooperação técnica na utilização de várias abordagens, apropriadas à situação de saúde dos países, individualmente, com o intuito de melhorar a saúde dos povos das Américas, na perspectiva de que essa saúde seja distribuída mais equitativamente. Cf.: LIMA, Nísia Trindade. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história de três dimensões. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002, p.26.

[127] JUNIOR SILVA, Aluísio Gomes de: ALVES, Carla Almeida. Modelos Assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valéria; CORBO, Anamaria D'Andrea (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p.28.

pública e as práticas individuais. Nos Estados Unidos, em função da crise da medicina intensamente especializada e fragmentada, surgem propostas de mudanças no ensino médico, incorporando nele uma ideia de prevenção. Já na década de 1950, o projeto do modelo previntivista encontra forte apoio nos organismos internacionais de saúde como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). [128]

Na América Latina, realizam-se os Seminários de Medicina Preventiva e Social, para a difundir as ideias da doutrina da Medicina Preventiva. São influenciados intensamente os pesquisadores da área da saúde, no Chile, em 1955, e no México, em 1956. No âmbito educacional, a proposta se vinculava a um plano pedagógico e na abertura de Departamentos de Medicina Preventiva, em substituição às clássicas cátedras de Higiene, não só para preencher a lacuna deixada, mas, sobretudo, para possibilitar uma nova atitude preventivista desenvolvida no processo de formação médica, definindo o papel do médico perante a família e a comunidade, para que fosse divulgador dos conteúdos de epidemiologia, administração de saúde e ciências da conduta, até então exclusivas das escolas de saúde pública.[129]

Dessa forma, o movimento expandiu-se na América Latina por meio dos Departamentos de Medicina Preventiva (DMP) das faculdades de medicina, esses departamentos desempenharam papel relevante, compuseram a base sobre a qual se desenvolveu a produção de conhecimentos sobre o estado de saúde da população e sobre a organização das práticas sanitárias. No Brasil foram pioneiras as faculdades Paulista de Medicina e a de Ribeirão Preto, em meados da década de 1950, e após os Seminários consolidaram-se outros importantes DMP pelo país. Entretanto, em que pese os DMP estivessem, na sua origem, ligados ao movimento ideológico da Medicina Preventiva, tinham uma posição mais inovadora de crítica construtiva da realidade médica e social e da prática da medicina. [130]Em alguns DMP, principalmente no Estado de São Paulo, surgiam críticas sobre o ideário preventivista e sua sustentação filosófica, a sociologia funcionalista. [131]

---

[128] PIRES-ALVEZ, Fernando A.; PAIVA, Carlos Henrique Assunção. Saúde e desenvolvimento: agenda do pós-guerra. In: PONTE. Carlos Fidelis; FALLEIROS, Ialê (Org.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, Fiocruz/EPSJV; 2010, p. 168.

[129] PAIM, Jairnilson da Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto para novos paradigmas? **Revista Saúde Pública**, v. 32, n.4, 1998, p.303.

[130] NUNES, Everardo Duarte. Saúde coletiva: História de uma ideia e de um conceito. **Saúde e Sociedade**, v. 3, n. 2, p. 5-21, 1994.

[131] Em ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde**: **origem e articulação do movimento**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999, p.19.

No ambiente acadêmico, alguns programas alternativos de práticas de saúde desenvolvidos pelos Departamentos de Medicina Preventiva (DMP) deram origens a modelos experimentais, base embrionárias de futuros projetos institucionais, que, ao mostrarem a inquietação em superar o modelo vigente, tornaram-se referencias nacionais.[132] Exemplo de iniciativa bem sucedida ocorreu com o projeto da Medicina Comunitária, que surgiu nos Estados Unidos, na década de 1960, em resposta à baixa cobertura de assistência médica aos mais pobres, que buscava a prática da medicina simplificada, anterior aos aparatos tecnológicos. Este projeto foi incorporado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização Panamericana da Saúde (OPAS) que divulgaram o projeto para outros países. Na América Latina, esse movimento toma força na década de 1970 e resulta em programas experimentais de prestação de serviços. [133]

No Brasil, foram implementadas ações preventivas de cuidados básicos de saúde às populaçoes pobres, urbanas e rurais, residentes em áreas geograficamente delimitadas. Os programas de medicina comunitária agradaram os governos latino-americanos por serem soluções de baixo custo e atendem a uma demanda crescente de atenção à saúde. Como estratégia tinham a motivação da participação comunitária, especialmente do trabalho voluntário, e administrados por organizações não lucrativas embora subsidiados pelo governo federal. Todavia, a Medicina Comunitária não conseguiu se contrapor ao modelo biomédico hegemônico na prática dos atos cotidianos nos quais são determinados a maneira de produzir saúde e demonstrou pouca eficiência para alterar a lógica do procedimento centrado no médico. [134]

Por outra via, na década de 1960, consolidava-se a indústria brasileira, e expandia-se as rodovias interligando mercados regionais consumidores, permitindo a ampliação de criação de empregos urbanos. Mais empregos nas cidades, maior o número de segurados. Nesse período, somavam oito milhões de trabalhadores, sem contar os dependentes. Se por um lado, aumentava a quantidade de segurados, por outro, as administrações dos órgãos previdenciários encontravam-se cada vez mais precárias. Em consequência das constantes reclamações e na tentativa de reorganizar

---

[132] ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde**: **origem e articulação do movimento**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999, p.24.

[133] A OMS e a OPAS elaboraram e difundiram conceitos de extensão de cobertura, participação comunitária, auxiliar de comunidade ou agente de saúde, com a expectativa de que poderia influenciar a qualidade do atendimento.Cf.: GIFFIN, Karen; SHIRAIWA. O agente comunitário de saúde pública: a proposta de Manguinhos. **Caderno de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.5, n.1, jan./mar.,1989.

[134] PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista Saúde Pública**, 1998, v.32, n.4, p.299-316.

as administrações e os serviços, foi sancionada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS).[135] A nova legislação, com o objetivo de aperfeiçoar o sistema, unificou os benefícios sociais dos vários Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) na Previdência Social, e uniformizou o valor de 8% de contribuição para empregadores e governo à Previdência, instituiu o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), como novo mecanismo de poupança compulsória.[136]

Deve ser salientado que nas decádas da democracia populista, no período entre 1945 a 1964, predominou o modelo de saúde com ênfase na assistência curativa e individual, o que incentivou a saúde hospitalar de natureza privada. A partir de 1964, no regime militar, as ações foram caracterizadas por um Estado centralizador e burocratizado, fortemente autoritário. Sob o argumento da eficácia, saneamento financeiro, as verbas destinadas à saúde tiveram forte redução. Em nome da segurança e do desenvolvimento, os recursos foram redirecionados para os Ministérios militares, dos Transportes e da Indústria e Comércio.[137] Como forma de racionar os recursos, ocorrem em 1966, a unificação institucional dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) e a criação do Instituto Nacional de Previdencia Social (INPS).[138]

Cabe ainda frisar que, até então, a prestação de serviços públicos de saúde se destinava apenas para os trabalhadores urbanos, setor social que demandava um investimento estratégico, dentro do modelo específico de projeto de Estado desenvolvimentista.[139] A unificação da Previdencia Social trouxe como consequência a incorporação dos benefícios instituídos fora das aposentadorias e pensões, como a assistência médica, oferecido pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), alguns com serviços e hospitais próprios. Nesse contexto, criou-se um mercado de empresas vendedoras de serviços médicos e se fortaleceu o movimento de privatização da assistência médica. Essas ações possibilitaram o crescimento dos hospitais, a construção de grandes hospitais e a consolidação financeira de empresas do setor de saúde. Empresas foram constituídas com a finalidade de prestar serviços médicos particulares aos empregados de outras empresas que os contratam, surgindo assim a assistência médica suplementar.[140]

---

[135] Lei Orgânica da Previdência Social, Lei 3.807 de 26 de agosto de 1960.
[136] O Decreto Lei n° 72, de 21 de novembro de 1966, unificou os seis institutos de aposentadorias e pensões existentes os IAPs e criou o Instituto Nacional de Previdência Social, INPS, e a Lei n° 5.107, de 13 de setembro de 1966, instituiu o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, FGTS.
[137] BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil.** São Paulo, Editora Ática, 1996, p.51.
[138] BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil.** São Paulo, Editora Ática, 1996, p.43.
[139] FONSECA, Cristina M. de Oliveira. Saúde no governo Vargas (1930-1945) : dualidade institucional de um bem público. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.
[140] SARRETA, Fernanda de Oliveira. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009, p.144.

A conjuntura se apresentava no crescente papel do Estado como regulador da sociedade e o afastamento dos trabalhadores do jogo político. Entre 1964 a 1970, a progressiva eliminação da gestão tripartite das instituições previdenciárias sucede até sua extinção, em um ambiente de configuração de política de arrocho salarial. Cenário em que a insatisfação dos trabalhadores com o modelo de cobertura previdenciária, e a crescente pressão para a implementação da cobertura universal nos moldes da seguridade social, impulsionou o governo a emitir diversas medidas de aumento de cobertura. Alguns grupos anteriormente excluídos foram incorporados como os empregados domésticos, os trabalhadores rurais[141] e os autônomos.[142]

Com isso, em 1960, 50% da assistência médica individual concentrava-se no âmbito previdenciário. Em 1975, 90% dos serviços médicos estavam dependentes do Instituto Nacional de Previdencia Social (INPS). Os gastos do INPS com assistência médica tiveram acréscimo de 93,7% de 1967 a 1970. Ao longo da década de 1970, foram inseridos no sistema previdenciário a população rural e novos contingentes de assalariados urbanos como autônomos, empregados domésticos. Entretanto, os novos benefícios foram concedidos sem a devida definição legal de novos mecanismos de financiamento para viabilizá-los. Em que pese a ampliação do universo de beneficiários ter massificado a possibilidade do acesso, as alterações, sem a base financeira de sustentação, trouxeram instabilidade significativas nos subsistemas de proteção, tornando-se reféns da situação. Desse modo, a solução encontrada para a demanda por maiores recursos foi a criação de fundos e contribuições sociais como mecanismo de autofinanciamento dos programas sociais, tais como o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), Programa Integração Social (PIS), Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP), Fundo de Investimento Social (Finsocial), Fundação de Ação Social (FAS), e salário-educação.[143]

Destaca-se neste período a preservação do modelo curativo, com o nítido privilégio do assistencialismo individual e especializado, em detrimento de medidas preventivas de saúde pública de caráter coletivo. Isso guarda conexão tanto com a demanda de altos investimentos de capital em decorrência do desenvolvimento tecnológico e a crescente especialização no setor de saúde como a criação de um complexo médico industrial de grandes empresas na área de medicamentos e

---

[141] Em 1973, os trabalhadores rurais são incluídos na previdência com a criação do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL) por meio da Lei Complementar n° 11, de 25 de maio de 1971, regulamentado pelo Decreto Lei n°69.919 de 1972.

[142] O empregado doméstico e o trabalhador autônomo foram incluídos pela Lei n° 5.890 de 1973.

[143] FLEURY, Sonia. A seguridade social e os dilemas da inclusão social. **Revista Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 449-469, maio/jun. 2005.

equipamentos médicos. E por ser o regulador do mercado de produção e consumo dos serviços de saúde, como as práticas estavam centradas nos métodos diagnósticos e terapêuticos, práticas curativas e hospitalar, altamente especializadas, o Estado privilegiou a contratação de serviços de terceiros. Prestigiavam-se o financiamento a hospitais privados, credenciamento para compra de serviços e convênios com empresas, em detrimento de serviços próprios e de assistência médica primária. Por outro lado, verifica-se, no período de 1964 a 1973, clara piora nos indicadores da saúde geral da população em decorrência do baixo financiamento na saúde pública. Entre os indicadores que demonstraram sensível recuo, está a cobertura da mortalidade infantil que reverteu a tendência de decréscimo que vinha ocorrendo desde 1950.[144]

Embora no ano de 1972 cerca de 37% da população brasileira não recebesse qualquer forma de atenção à saúde, a III Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas daquele ano trouxe como pauta dominante a extensão de cobertura e o uso racional dos recursos para a saúde, e a proposta de que a intervenção do Estado era necessária para garantir a saúde como um direito inalienável de todos os indivíduos. Outro aspecto negativo consiste no fato do Brasil ter apresentado crescimento econômico, de 1968 a 1973, período conhecido como "milagre econômico", com altas taxas de crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) e inflação relativamente baixa, no entanto, a concentração de renda aumentou além da degradação das condições de vida e da saúde coletiva. Ademais, somam-se o aumento na mortalidade infantil e na desnutrição, nos acidentes de trabalho e nas doenças cardiovasculares.[145]

A crise do petróleo de 1973 sinalizou atenção redobrada na condução da política econômica no mundo inteiro. No Brasil, o objetivo da estratégia era um ajuste a longo prazo, mas superar a barreira do desenvolvimento predominou as escolhas das políticas. O governo do presidente Ernesto Geisel (1974-1978) anunciou o ajuste estrutural, materializado no II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), plano de investimentos públicos e privados na infraestrutura, nos bens de produção (capital e insumos), na energia com financiamento de investimos externos. Também manifestou a intenção de promover uma "distensão lenta, gradual e segura" do regime.[146]

---

[144] OLIVEIRA, Jaime Antonio de. De Araújo; TEIXEIRA, Sônia Maria. Fleury. (**Im)previdência social 60 anos da história da previdência do Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1985, p.208-215.

[145] NUNES, Everardo Duarte. Saúde Coletiva: Revisitando a sua História e os Cursos de Pós-Graduação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.1, n.1, p. 55-69, 1996.

[146] HERMANN, Jennifer. Auge e declínio do modelo de crescimento com endividamento: o II PND e a crise da dívida externa (1974-1984). In: GIAMBIAGI, Fabio et al. (Org.). **Economia brasileira contemporânea: 1945-2010**. 2.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011, p.80.

Em 1974, a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) trouxe uma significativa ampliação das atividades de proteção social. Impulsionadas pelas propostas de política social que possibilitasse distribuição de renda expressa no II PND, delineando uma transição do modelo de seguro de saúde para o de seguridade social, diversas alterações da Legislação Previdenciária. Disso resultou a crescente expansão do sistema, que, por sua vez, tornou-se mais complexo, administrativamente e financeiramente, o que exigiu uma nova configuração na sua estrutura. Por conseguinte, a Lei nº 6.439 de 1977, instituiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), que transferiu parte das funções até então exercidas pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) para duas novas instituições. A assistência médica aos segurados foi atribuída ao Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e a gestão financeira, ao Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS), permanecendo no INPS apenas a competência para a concessão de benefícios.[147]

O distanciamento entre a assistência médica aos segurados, sob coordenação do ao Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), e a saúde pública, sob responsabilidade do Ministério da Saúde (MS), aprofundou-se mais na década de 1970. Era visível e nítida a desproporcionalidade entre as politicas de saúde pública e a ênfase na assistência individual e hospitalar. Em certa medida, a dificuldade de implementar um sistema nacional universal posteriormente tem sua origem na atenção à saúde individual que se alicerçou neste corporativismo estatal na dependência do setor privado para as políticas de saúde. Justamente nesta perspectiva, a Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária mostrou que, entre 1967 e 1979, o crescimento na quantidade de leitos disponíveis no país foi na ordem de 67,9 %, o que equivale a quase meio milhão de leitos. O Estado, dono de um parque hospitalar expressivo de maior complexidade, também financiava internações de baixa complexidade em um sistema de faturamento aberto. Desta forma, o setor privado beneficiava tanto em vender serviços ao setor público, como em viabilizar a transferência de pacientes de alto custo para os hospitais públicos.[148]

A despeito disso, é necessário reconhecer algumas iniciativas significativas no período da ditadura, como a incorporação das Secretarias de Saúde e dos Hospitais Universitários para atendimento de urgência aos previdenciários, no Plano de Pronta

---

[147] OLIVEIRA, Jaime Antonio de. De Araújo; TEIXEIRA, Sônia Maria. Fleury. (**Im)previdência social 60 anos da história da previdência do Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1985, p.258-259.

[148] BRAGA, José Carlos Souza; PAULA, Sergio Góes de. **Saúde e previdência: estudos de política social**. São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1981.

Ação, em 1974. Também o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), primeiro programa de medicina simplificada no plano Federal, implementado em 1976, em consonância com as recomendações internacionais,[149] cujas diretrizes tinham como objetivo a organização de uma estrutura básica de saúde nos Municípios com até 20.000 habitantes. Criado pela secretaria de planejamento da presidência da república, teve expressiva participação dos técnicos provenientes do movimento de reforma sanitário, a princípio no Nordeste rural brasileiro, visando a interiorização do atendimento, posteriormente com a abragência nacional. Buscaram-se maior eficiência e baixos custos, resultando numa grande expansão da rede ambulatorial pública.[150]

Nesse caminho, Sônia Maria Fleury Teixeira ressalta que, em contraponto aos limites rígidos do regime autoritário, destacaram-se algumas iniciativas como soluções inovadoras, no final dos anos de 1970, na difusão ideológica dos movimentos acadêmicos e políticos na saúde, como a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), a criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) bem como a publicação da revista Saúde em Debate e vários livros, e inúmeras conferências.[151]

Em 1979, assume o governo do país o último militar, o presidente João Baptista Figueiredo (1979-1985), num ambiente de crescimento por meio de endividamento com capital externo. A alta dívida externa estava sendo administrada num cenário internacional que ainda estava favorável. Esse cenário se reverte devido ao segundo choque do petróleo em 1979 e a resposta dos países industrializados se traduziu em alta das taxas de juros. A partir dessas crises, adotou-se uma política monetária restritiva. O profundo desequilíbrio macroeconômico gerado pela estagnação do nível de atividade, agravamento da inflação, aumento da dívida externa e do desemprego deflagraram uma grave crise fiscal, no período de 1981 a 1983, tendo o país sido obrigado a fechar um acordo com o FMI, no final de 1982.[152]

---

[149] Organização Mundial de Saúde e a Organização Panamericana de Saúde propunham a prática da medicina comunitária com técnicas de medicina simplificada, a utilização de mão de obra local (os agentes de saúde) e a participação da comunidade. Cf.: ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde**: **origem e articulação do movimento**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999, p.23.

[150] FELIPE, José Saraiva. MPAS: o vilão da Reforma Sanitária? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 4, n. 3, p. 483- 504, out./dez. 1987.

[151] TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. O dilema reformista na Reforma Sanitária Brasileira. **Revista de Administração Pública.** Rio de Janeiro, FGV, v. 21, n. 4, out./dez. 1987.

[152] HERMANN, Jennifer. Auge e declínio do modelo de crescimento com endividamento: o II PND e a crise da dívida externa (1974-1984). In: GIAMBIAGI, Fabio et al. (Org.). **Economia brasileira contemporânea: 1945-2010**. 2.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011, p.91.

A década dos anos de 1980 desvendou o esgotamento do modelo desenvolvimentista de política de financiamento da indústria com poupança externa dos anos anteriores. No âmbito da saúde, o resultado da política fiscal impactou no ajuste estrutural e na redução do papel do Estado na oferta de bens e serviços de natureza social.[153] Em 1981, os setores governamentais da área econômica e da Previdência Social propuseram intensificar o debate público diante da forte crise do setor da saúde, anunciando a necessidade premente de mudanças. Desse modo, o agravamento da crise política propiciou que um grupo de técnicos do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência e Assistência Social, formulasse um programa de reestruturação e ampliação dos serviços de saúde, denominado de Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde)[154], que, considerado demasiado progressista, não teve êxito e foi rejeitado. Em substituição, na tentativa de reorientar as proposições do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde) para que fossem racionalizados os custos da assistência médica, foi constituído o Conselho Nacional de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP). Como estratégia governamental de interesse municipal e estadual, adotando-se as Ações Integradas de Saúde (AIS), que, teoricamente, tratariam de ser uma forma convênio para a cobertura até de 80% da população brasileira, que, além de racionalizar os recursos, combateria às fraudes. Todavia, na prática, verificou-se uma lenta adesão dos municípios ao convênio, em virtude da falta de informações para a definição do Plano de Aplicação Municipal, e das exigências do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS).[155]

Diante desta perspectiva, o setor da saúde se deparava com crise de custos e de paradigmas, e o debate se intensificou nas questões políticas, econômicas, sociais e estruturais que conformam as práticas de saúde e os recursos humanos nelas envolvidos. Emergiram os movimentos sociais formados por trabalhadores, profissionais

---

[153] HERMANN, Jennifer. Auge e declínio do modelo de crescimento com endividamento: o II PND e a crise da dívida externa (1974-1984). In: GIAMBIAGI, Fabio et al. (Org.). **Economia brasileira contemporânea: 1945-2010**. 2.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011, p.91.

[154] O Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), que não foi implementado, tinha como objetivos gerais: a reestruturação e ampliação dos serviços de saúde, saneamento e habitação, e como pressupostos básico, a hierarquização das formas de atendimento, priorizava-se a atenção primária, esta constituindo-se como que a porta de entrada dos clientes no sistema de saúde. Ademais, continha outros pressupostos básicos, tais como, a participação comunitária, a integração dos serviços existentes (público e privado) e a regionalização definida por área e população. Cf.: BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, Rosangela Maria. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v.30, n.3, p.380-398, dez. 1996.

[155] MELO, Daniela Tranches de. **Movimentos sociais e institucionalização de políticas públicas de saúde no Brasil: a experiência do movimento sanitário e do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Mauad X Faperj, 2015.

de saúde, população em geral, contrários ao regime dominante, e tornando-se forças sociais em oposição às políticas de saúde autoritárias e privatizantes, buscando o resgate de valores ligados à cidadania, principalmente no setor da saúde. Inspirados nas tendências internacionais da medicina social no campo conceitual e de prática para uma transição no sistema de saúde do país, esses movimentos exerceram intensa pressão e tiveram papel importante nas mudanças que estariam para acontecer.[156]

Essa inquietude característica dos movimentos sociais teve vital importância na gênese do processo de construção de um novo paradigma inspirado na corrente do pensamento da medicina social latino-americana. Na América Latina, o movimento da Medicina Social[157] teve como destaque a forte influência do médico e sociólogo argentino Juan Cesar Garcia, em grande medida, pela sua atuação na Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). A realidade de pobreza e desigualdade da região, exigiu um deslocamento do foco para as questões estruturais, ou seja, há uma dimensão estrutural que se caracteriza pelo modelo econômico de desenvolvimento da sociedade. Assim, foram buscadas referências em uma abordagem histórico-estrutural do social. Nesse sentido, o Seminário da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) realizado em Cuenca no Equador, em 1972, constituiu-se emblemático por considerar a proposta de um modelo alternativo para a América Latina, na orientação de políticas de saúde numa visão critica em relação à saúde pública dominante.[158]

Em 1977, a trigésima Assembleia Mundial de Saúde lançou o lema “Saúde para todos no ano 2000” e aprovou a Resolução 30.43, que definia como principal meta dos governos e da Organização Mundial da Saúde (OMS) alcançar por parte de todos os povos do mundo de um nível de saúde que lhes permitisse levar uma vida social e economicamente produtiva, o que fortaleceu o debate sobre a extensão da cobertura dos serviços de saúde. [159]

---

[156] PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão crítica**. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008, p.93-96.

[157] A medicina social contemporânea propõe uma importante redução do poder da medicina científica. A formulação conceitual da medicina social envolve sinteticamente três princípios, quais sejam: a saúde das pessoas diz respeito a toda a sociedade, e esta tem a obrigação de proteger e assegurar a saúde de seus membros; as condições sociais e econômicas têm impacto direto sobre a saúde e a doença, e estas relações devem ser submetidas à investigação científica; a atuação em promover a saúde e combater a doença devem considerar aspectos sociais como médicos. Entre os autores adeptos estão: Michel Foucault, Giovanni Berlinguer, Milton Terris, entre outros. Na América Latina, destacam-se: Juan César Garcia, Mário Testa, Asa Cristina Laurell, Guilherme Rodrigues da Silva, Jaime Breilh, Edmundo Granda, Antônio Sergio Arouca, Cecília Donnângelo, Sonia Fleury, Jairnilson Paim, Naomar de Almeida-Filho, Madel Terezinha Luz, Pedro Luís Castelhanos, entre outros. Cf.: RABELLO, Lucíola Santos. **Promoção da Saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010, p.16.

[158] NUNES, Everardo Duarte. Saúde coletiva: História de uma ideia e de um conceito. **Saúde e Sociedade**, v. 3, n. 2, p. 5-21, 1994.

[159] PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública”

No Brasil, a teoria social da medicina enfatizou a questão das práticas de saúde na busca da superação do projeto original da medicina preventiva, rompendo assim com a orientação da sociologia funcionalista norte-americana, para abrir caminho alternativo por meio da medicina social inglesa, do estruturalismo francês e da sociologia política italiana, no sentido de ampliar os horizontes conceituais e práticas médicas. Nessa direção, em oposição à medicina preventiva, surgiu no interior dos Departamentos de Medicina Preventiva (DMP), a abordagem teórica procedente do materialismo histórico, que, além de configurar-se um referencial teórico importante na produção das ciências sociais em saúde, constituiu a base teórica e ideológica do pensamento médico-social para os problemas de saúde.[160]

Duas produções cientificas desse período serviram como divisor de águas sobre a questão da medicina preventista: o “Dilema preventivista”, de Sergio Arouca, e “Medicina e sociedade”, de Cecília Donnangelo, ambas de 1975. Para Sergio Arouca, o dilema preventivista consiste no fato de a medicina preventiva ser um movimento ideológico, sem o compromisso de mudança nas relações sociais e sem investir na produção de conhecimentos. A abordagem de Arouca ganhou o reconhecido acadêmico, tendo difundido, propagado e influenciado a percepção dos pesquisadores sobre o assunto.[161]

Na visão de Jairnilson da Silva Paim, a partir da crítica à Medicina Preventiva, “ocorreu uma aproximação teórico-conceitual com a Medicina Social, evoluindo para a construção do paradigma de Saúde Coletiva, campo científico comprometido com a prática teórica”.[162] O paradigma da Saúde Coletiva buscou a relação entre medicina e estrutura social, como também entre medicina e sociedade. Nos determinantes da organização social da prática médica foram analisadas as articulações econômicas, políticas e ideológicas de atenção médica e sanitária na sociedade brasileira, assim como a política previdenciária e as formas de organizações da produção da assistência médica, da prática médica e instituições de saúde.[163] Além disso, o novo paradigma contribuiu com o estudo do processo saúde e doença em populações na sua estrutura social e estudou a produção e distribuição das doenças na

---

ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista Saúde Pública**, 1998, v.32, n.4, p.299-316.

[160] ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde**: **origem e articulação do movimento**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999, p.19.

[161] AROUCA, Sérgio. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão crítica da medicina** preventiva. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003, p.12-13.

[162] PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão crítica**. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008, p.161.

[163] CATÃO, Marconi do Ó. **Genealogia do Direito à Saúde: uma reconstrução de saberes e Práticas na modernidade**. Campina Grande: EDUEPB, 2011, p.149

sociedade como processos de produção e reprodução social. A ideia era analisar a articulação das práticas de saúde com as demais práticas sociais e também buscar compreender as maneiras com que a sociedade se organiza ao identificar seus problemas de saúde, explicá-los e enfrentá-los. Partindo desse olhar, Amélia Cohn elucida que esse novo cliente, o coletivo, se impõe na medicina curativa e preventiva, apresenta especificidades próprias na sua qualificação e para sua explicação. Ao se submeterem às suas regras, os indivíduos se submetem ativamente, e, por ser produto das relações sociais, é bastante dinâmico.[164]

Na visão de Edevardo Duarte Nunes, o paradigma da Saúde Coletiva estruturou-se como um campo de saber e prática, o qual acumulou experiências tanto no exercício crítico como no político, bases dessa ideia, que se configurou como corrente de pensamento, movimento social e prática teórica.[165] Sonia Maria Fleury Teixeira complementa que, ao verificar as possibilidades de superar o dilema prevenvitista, a proposta dessa prática teórica e política, voltada para a mudança das relações sociais, tomou a saúde como referência e resultou no projeto da Reforma Sanitária.[166] Nesse sentido, foi importante a atuação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), que, na prática ideológica, exerceram papéis fundamentais na mudança de visão de mundo e na constituição de sujeitos sociais, além de centralizar a difusão do movimento sanitário, que nascido no interior do aparelho do Estado, tornava-se capaz de se articular com os demais movimentos sociais. [167]

Não por acaso, o desenvolvimento do projeto da Reforma Sanitária, influenciou diretamente os movimentos sociais pela democratização no Brasil. A partir da articulação do movimento sanitarista, a luta pela democratização adquiriu novas características e estratégias. Uma estratégia política para um processo de transformação institucional, cujas implicações reformulariam um campo do saber. Originou-se num setor específico, com a inquietação dos trabalhadores, quer sejam profissionais da saúde, quer fossem os usuários do sistema, decorrente da análise dos processos de trabalho e do conceito-chave de organização social da prática médica. Esses indivíduos, conscientes de que a saúde é um direito, constataram a necessidade

---

[164] PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista Saúde Pública**, 1998, v.32, n.4, p.299-316.

[165] NUNES, Everardo Duarte. Saúde coletiva: História de uma ideia e de um conceito. **Saúde e Sociedade**, v. 3, n. 2, p. 5-21, 1994

[166] TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury (Coord.) **Reforma Sanitária em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989.

[167] PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto para novos paradigmas? **Revista Saúde Pública**, v. 32, n.4, 1998.

da ação coletiva para alcançar o objetivo por meio da consciência sanitária. A saúde deixou de ser interesse apenas dos profissionais e técnicos da área e assumiu uma dimensão política estreita vinculada à democracia.[168]

3 O CAMINHO DA REFORMULAÇÃO NORMATIVA E INSTITUCIONAL NO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

3.1 Desafios e perspectivas na trajetória por uma saúde universal, igualitária e equânime

O Movimento da Reforma Sanitária buscou uma transformação profunda na organização da saúde pública para superar o padrão de proteção social vigente por cerca de mais de oitenta anos. Estruturou-se nas universidades, nos movimentos de base, nos sindicatos e em experiências regionais de organização de serviços. Foi notadamente, um movimento de resistência, tanto à ditadura como ao modelo de privatização dos serviços de saúde da Previdência Social vigente. Com uma característica fundamental, sua capacidade de aglutinação de indivíduos, entidades de diferentes naturezas funcionais, organizacionais e políticas, com uma proposta ético-política visando interesses coletivos.[169] Foi um projeto que incluía um conjunto articulado de mudanças, um verdadeiro plano de transformação social, com resultados concretos de melhorias nas condições de vida da população. Ambicioso, o projeto da reforma sanitária envolvia as estruturais do processo da saúde, assim como pretendia uma reforma social emancipatória, focada na democratização da saúde, do Estado e de seus aparelhos, mas não só, também propugnava pela democratização da sociedade, fosse na produção e distribuição justa da riqueza e do saber, fosse na adoção de um conjunto de políticas e práticas de saúde.[170]

Em larga medida, as eleições municipais de 1976 possibilitaram experiências do movimento sanitário em projetos municipais alternativos, como os desenvolvidos em Niterói, Campinas e Londrina. Essas experiências realizadas nas

---

[168] BERLINGUER, Giovanni. TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Reforma sanitária: Itália e Brasil**. São Paulo: Hucitec - Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, 1988, p.196.

[169] VAITSMAN, Jeni. Corporativismo: notas para a sua aplicação no campo da saúde. In: TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury (Org.). **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez, 1989, p. 153-154.

[170] PAIM, Jairnilson Silva. **A Reforma Sanitária e o CEBES**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012, p.14.

secretarias das prefeituras mais progressistas tornaram-se um modelo do novo formato sanitário. Por outro lado, a eleição de diversos deputados com forte interesse na área de saúde em 1978, propiciou a recuperação de um importante fórum de debates, o Congresso, destacando-se na tentativa de recuperar seu papel e credibilidade com a sociedade.[171]

Este momento foi oportunizado pelo movimento sanitário, que concentrou esforços para divulgar suas propostas por meio dos simpósios de saúde realizados no Congresso pelas comissões de saúde da Câmara e do Senado. Em 1979, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) produz o documento "A questão democrática da Saúde", apresentado no 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara Federal, que relata as péssimas condições do nível de saúde da população no decorrer da última década, além de sustentar que a crise de qualidade da assistência médica brasileira advém da corrupção e ingerência do sistema, em que prevalece o nítido favorecimento ao setor empresarial médico em detrimento da maioria da população. De 1979 em diante foram realizadas reuniões de técnicos e gestores municipais e, em 1982, constituiu-se o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) como entidade civil, cujo regimento interno previa eleições bienais para a sua presidência. [172]

Sonia Maria Fleury Teixeira sintetizou o momento de efervecência política e social do período de redemocratização na reflexão: "a construção do projeto da reforma sanitária funda-se na noção de crise: crise do conhecimento e da prática médica, crise do autoritarismo, crise do estado sanitário da população, crise do sistema de prestação de serviços de saúde". A Nova República inicia com as negociações no entorno do candidato a presidente Tancredo Neves, que, em sua proposta ministerial, abre espaço na saúde com profissionais do Movimento Sanitário. José Sarney, ao assumir a presidência (1985-1990), após a morte de Tancredo, não altera os acordos anteriormente pactuados. Em 1985, Hésio Cordeiro assume a presidência do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), vinculada ao Ministério da Saúde, ambos oriundos do movimento reformista. Dessa forma, o movimento abriu espaços e ocupou nos diversos níveis os principais postos na condução da política de saúde.[173]

---

[171] ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do Movimento Sanitário**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.

[172] COSTA, Ana Maria; VIEIRA, Natália Aurélio. Participação e controle social em saúde. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, v.3, 2013, p. 237-271.

[173] TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. O dilema reformista na reforma sanitária brasileira. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, FGV, v. 21, n. 4, out./dez, 1987.

Assim, as questões relacionadas à administração da política de saúde como integração, descentralização, gestão democrática, financiamento, vigilância sanitária, produção e controle de insumos, tecnologia, passaram ao centro dos debates. A partir de então, os instrumentos institucionais foram utilizados com o intuito de possibilitar o aumento da organização técnico-política para avançar no projeto da reforma sanitária. Também foram viabilizados mecanismos que propiciassem a gradual e ascendente organização institucional do setor, com o objetivo de implementar um sistema público de saúde mais racional, eficiente e democrático.[174]

Num ambiente de grande expectativa, foi convocada pela Presidência da República, e solicitada pelo Ministro da Saúde, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, com o tema "Saúde: direito de todos, dever do Estado", presidida por Sergio Arouca. Esta conferencia teve ampla mobilização social, e articulou-se a participação de mais de quatro mil pessoas, de movimentos sociais, movimentos populares de saúde, sindicatos, acadêmicos, técnicos e profissionais da saúde, gestores e sociedade organizada, para discutir os rumos do sistema de saúde. A Conferência foi composta por três eixos temáticos: saúde como direito; reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e financiamento do setor. Ademais, resultou em proposições concretas materializadas no relatório final, que inferiu a saúde ser o resultado além das condições de alimentação, habitação, educação, trabalho, lazer e acesso aos serviços de saúde, sobretudo, da forma de organização da produção na sociedade e das desigualdades nela existentes.[175]

As propostas versavam sobre a saúde ser direito de todo o cidadão, quer tenha contribuído ou não, e não poderia haver exclusão ou discriminação de qualquer cidadão brasileiro ao acesso à assistência pública de saúde. A população deveria ter acesso à assistência de saúde de cunho preventivo e/ou curativo e, para tanto, as ações deveriam estar integradas em um único sistema. A prestação de serviço deveria ser igual a todos os usuários. A gestão administrativa e financeira deveria ser descentralizada, com o efetivo controle social. Constituiu-se um novo Conselho Nacional de Saúde, composto por representantes dos ministérios da área social, dos governos estaduais e municipais e das entidades civis de caráter nacional, como partidos políticos, centrais sindicais e movimentos populares, e além do conselho

---

[174] TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. O dilema reformista na reforma sanitária brasileira. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, FGV, v. 21, n. 4, out./dez, 1987.

[175] TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n. 3, p. 743-752, 2008.

nacional, ficou estabelecido a formação de conselhos de saúde em níveis local, municipal, regional e estadual.[176]

A estratégia para viabilizar as propostas da Conferência consistia em criar bases jurídicas, mobilizar a opinião pública e setores organizados e criar um sistema de transição. O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) foi criado em 1987 com o propósito de realizar a transição. As bases jurídicas foram construídas a partir do processo democrático constituinte. Na Assembleia Nacional Constituinte (1987-1988), os embates foram acompanhados pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que enfrentou desafios de toda a ordem, em especial, das táticas dos produtores privados. Como propõe Luciana Gaspar Melquíades Duarte, o conflito é inerente ao processo político democrático, por isso, torna-se necessário controlá-lo.[177] Assim, o Movimento da Reforma Sanitária apresentou Emenda Popular com diretrizes para a criação do Sistema Único de Saúde.

Desse modo, a Constituição de 1988 legitimou as propostas reformistas instituindo um novo modelo de proteção social. O artigo 194, da Constituição Federal de 1988 distancia-se do padrão anterior, marcado pela exclusão de milhões de brasileiros, ao estabelecer diretrizes do sistema de Seguridade Social brasileiro. O novo padrão constitucional, ao instituir como políticas públicas integrantes a saúde, a previdência e assistência social, insere a noção de direitos sociais universais como parte da condição de cidadania. O modelo da Seguridade Social rompe com os modelos anteriores de assistencialismo (ações de caráter emergencial que embora permitam o acesso a certos bens e serviços, não configuram uma relação de direito social) e de seguro social (cobertura restrita a setores inseridos no mercado formal) que vigoraram até então. Os benefícios passam a ser concedidos a partir das necessidades, em resposta às demandas da sociedade por maior inclusão e redução das desigualdades. [178]

O protagonismo do Movimento de Reforma Sanitária e das forças sociais que sustentaram, política e ideologicamente, o intenso momento do exercício da cidadania por mudanças sociais, consubstancializou-se na garantia do direito à saúde universal, integral e equânime, institucionalizado na Constituição Federal de 1988, nos

---

[176] GUIZARDI, Francine Lube; PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de; SANTANA, Ana Débora; MATTA, Gustavo da; GOMES, Márcia Constância Pinto Aderne. **Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das Conferência Nacionais de Saúde**. *Physis* Revista Saúde Coletiva, v.14, n. 1, 2004, p.15–39.

[177] DUARTE, Luciana Gaspar Melquíades. **Possibilidades e limites do controle judicial sobre as políticas públicas de saúde – um contributo para a dogmática do direito à saúde**. Belo. Horizonte: Fórum, 2011, p.73.

[178] TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n. 3, p. 743-752, 2008.

artigos 196 a 200. Sua construção teve com base no reconhecimento das intrínsecas relações entre saúde, desenvolvimento e bem-estar social, reconhecendo a multiplicidade dos determinantes causais no processo saúde e doença.

Ao garantir a saúde como direito de todos e dever do Estado, mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doenças e de outros agravos, ao acesso igualitário à ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, ressaltam-se a força jurídica e relevância pública das ações e serviços de saúde; ademais, legitimam-se as ações do Ministério Público e do Poder Judiciário na defesa do direito à saúde, em situações de omissão dos órgãos estatais e dos serviços privados.[179]

Torna-se oportuno recordar que neste período a conjuntura nacional e internacional apresentava-se desfavorável aos projetos tutelados pelo Estado. O projeto neoliberal avançava com as orientações de funções reduzidas do Estado, com restrições às tutelas estatais na área social, incentivo ao livre mercado e abertura financeira no âmbito internacional. As recomendações dos organismos multilaterais como o Banco Mundial para a América Latina enfatizavam a privatização e a descentralização administrativa na saúde, destacando que o Estado deveria prover apenas os serviços mais básicos de saúde.[180]

Na esteira da redemocratização, a Constituição da Republica Federativa do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988, determinava no artigo 4°, do parágrafo primeiro dos Atos Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), a realização de eleições diretas para presidente no dia quinze de novembro do ano seguinte. Convocada a eleição em 1989, a primeira para presidente desde 1961, o cenário econômico apresentava sucessivos fracassos de combate à inflação, que já ultrapassava a taxa de 80% ao mês, numa economia estagnada.[181]

Fernando Collor de Melo vence as eleições para presidente (1990-1992), em um ambiente de agravamento de crise. Suas propostas nitidamente neoliberais, rompiam com o modelo de crescimento com elevada participação do Estado e proteção tarifária. Na narrativa de modernização, foram adotadas a abertura da economia com a liberalização do comércio exterior, a desestatização e desregulamentação. A prioridade ao combate à inflação, marcada com o fracasso dos planos econômicos Collor I e II,

---

[179] BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

[180] RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon. **Capitalismo e saúde no Brasil nos anos 90: as propostas do Banco Mundial e o desmontado SUS**. São Paulo: Hucitec, 2012.

[181] FIGUEIREDO, Rubens; COUTINHO, Ciro. As eleições de 2002. **Opinião Pública**, Campinas, v.9, n.2, out. 2003.

resultou em recessão, que se somou à perda de credibilidade das instituições de poupança, em decorrência das medidas drásticas do confisco por um período de dezoito meses dos depósitos bancários.[182]

As propostas para a implentação do Sistema Único de Saúde (SUS), orientadas para a ampliação do papel do Estado, estavam configuradas sobretudo nas mentes dos sanitaristas, e implementá-las revelava-se tarefa desafiadora numa realidade sócio-econômica e institucional desfavorável, de predominância do pensamento neoliberal, que questionava a manutenção do estado de bem-estar social e enfatizava as opções de políticas voltadas para o mercado.[183]

Ao contrário da visão neoliberal, ainda que em um contexto de turbulência econômica, o Sistema Único de Saúde (SUS), instituído no artigo 198, parágrafo primeiro da Constituição de 1988, organizado segundo as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da sociedade, foi regulamentado pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Na publicação dessa Lei, o presidente Fernando Collor de Mello vetou totalmente, nove artigos e, parcialmente, outros cinco, aspectos fundamentais como o do artigo 35, que tratava do financiamento, e dos artigos 11 e 42, sobre a instituição das conferências e os conselhos de saúde como instâncias colegiadas e de controle.[184]

Contudo, novas articulações do movimento reformista resultaram na promulgação da Lei nº 8.142, no dia 28 de dezembro de 1990, que recuperou o conteúdo excluído pelo veto. Sendo assim, a Lei Orgânica da Saúde (LOS) Lei n. 8.080[185] e Lei n. 8.142[186], ambas de 1990, bem como as Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas dos Municípios compõem a base jurídica do SUS. Isso monstra a conquista de uma legislação abrangente, além da especificação dos princípios, objetivos, atribuições, organização, direção e gestão do SUS nos diversos níveis da Federação, mas,

---

[182] CASTRO, Lavinia Barros. Privatização, abertura e desindexação: a primeira metade dos anos 90 (1990-1994). In: GIAMBIAGI, Fabio. et al. (Org.). **Economia brasileira contemporânea: 1945-2010**. 2.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011, p. 131-164.

[183] COHN, Amélia. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.7, p.1614-1619, jul. 2009.

[184] BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, Rosangela Maria. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v.30, n.3, p.380-398, dez. 1996.

[185] A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, detalha objetivos e atribuições; princípios e diretrizes; organização, direção, gestão, competência e atribuições de cada nível (federal, estadual e municipal); a participação complementar do sistema privado; recursos humanos; financiamento e gestão financeira, planejamento e orçamento.

[186] A Lei nº 8.142, no dia 28 de dezembro de 1990, regula a participação da comunidade por meio dos conselhos e conferências nos três níveis de governo, e dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros.[186]

sobretudo, como Paim assevera, “oferece indicações sobre relações com os serviços privados, financiamento, gestão financeira, recursos humanos, planejamento,etc.” [187]

Em que pese a instituição do SUS ter contrariado interesses econômicos de grupos empresariais e corporativos, a Constituição Federal de 1988 preservou a liberdade do mercado e garantiu a continuidade do setor privado oferecer serviços de saúde.[188] O sistema de saúde nacional além de pluralista, em certa medida também se revela segmentado, na sua forma organizacional de atenção à saúde e nas fontes de financiamento. Essa configuração se expressa pelos canais de acesso da população aos serviços de saúde: do Sistema Único de Saúde (SUS), de acesso universal, gratuito e financiado exclusivamente com recursos públicos (impostos e contribuições sociais); do segmento de planos e seguros privados de saúde, de vinculação eletiva, financiado com recursos das famílias e/ou dos empregadores; do segmento de atenção aos servidores públicos, civis e militares e seus dependentes, de acesso restrito a esse público, financiado com recursos públicos e dos próprios beneficiários, em geral atendidos na rede privada; do segmento de provedores privados autônomos de saúde, de acesso direto mediante pagamento no ato.[189]

Não se pode negar a conquista de um embasamento jurídico sólido para a legitimação do SUS, especialmente por meio das Leis Orgânicas de Saúde, ainda que o projeto do SUS constitucional, da concepção de seus formuladores, tenha se distanciado da implementação concreta do sistema de saúde. Em razão de uma confluência de fatores, como o contexto de crise econômica, o fortalecimento de posições conservadoras, voltadas para o mercado, a morosidade em organizar e estruturar o funcionamento do sistema e, em especial, a escassez de recursos para o seu financiamento.[190]

Se por um lado a base jurídica do SUS o legitimava, por outro, havia a necessidade de regulamentação prática do sistema. Não por acaso, a implementação do SUS só ocorreu dois anos depois da promulgação da Lei Orgânica da Saúde de 1990, diante da complexidade em implementar um sistema único de saúde em um país com

---

187 PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a contribuição e crítica**. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008, p.160.

188 MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.77-92, jan./mar. 2014.

189 RIBEIRO, José Aparecido; PIOLA, Sergio Francisco; SERVO, Luciana Mendes Sá. As novas configurações de antigos problemas: financiamento e gasto com ações e serviços públicos de saúde no Brasil. In: **JORNADA DE ECONOMIA DA SAÚDE DA ABRES**, 2, Belo Horizonte, 2005. Anais. Rio de Janeiro: CEBES, 2005, p.20.

190 FADEL, Cristina Berger; SCHNEIDER, Luciana; ADAS, MOIMAZ, Suzely Adas Saliba; SALIBA, Nemre Adas. Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. **Revista Administração Pública**, 2009, v. 43, n. 2, p.445-456. .

grandes disparidades regionais. Apesar dos embriões de experiências anteriores, desde o início da década de 1980, entre os muitos desafios na implementação do SUS, a descentralização exigiu maior esforço, por viabilizar maior transparência no uso e destino dos recursos públicos.

Nesse sentido, a Lei Orgânica da Saúde (LOS) determinou a partilha de verbas e de gestão da saúde entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Essa é a peculiaridade constitutiva do SUS, o seu desenho institucional, as relações entre os entes federativos, as formas concretas de participação e controle sociais nos mecanismos de articulação e pactuação entre os três níveis de governo.[191]

O federalismo favorece a descentralização do poder em razão da imensidão territorial e da pluralidade das condições regionais, marcadas pela diversidade cultural, social, econômica e religiosa. A União, Estados e municípios, compõem a organização federativa do Brasil, em esferas autônomas administrativamente e sem vinculação hierárquica. No entanto, essa configuração demonstra-se complexa, em razão da sua heterogeneidade, constituída de realidades muito distintas entre si. Em 1990, os 26 Estados, o Distrito Federal e os 4.491 municípios, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), somavam uma população pouco mais de 140 milhões de brasileiros, em uma composição muito diversa entre si. Estado como Roraima, com apenas 173 mil habitantes, e no outro extremo, São Paulo, com mais de 31 milhões de habitantes. O mesmo ocorre no panorama municipal, em que alguns, com pouco mais de mil habitantes, e outros, como o município de São Paulo, com mais de nove milhões de habitantes.[192]

Instituir o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, com regionalização e hierarquização, descentralização com direção única em cada esfera de governo na configuração complexa da organização política do país, exigiu um processo lento de adaptação, mas, representou uma das maiores transformações sociais das últimas décadas no Brasil. Para tanto, era imprescindível a definição de parâmetros técnico-operacionais para o pleno funcionamento do sistema de saúde. Desse modo, o histórico da operacionalidade do SUS inicia-se com a edição de normas reguladoras, denominadas Normas Operacionais Básicas (NOB), criadas para implementar as transformações previstas na Constituição e na Lei Orgânica da Saúde. Assim, o

---

[191] FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n. 3, p. 743-752, 2008.

[192] IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017). Disponível em: < https:// ww2.ibge.gov.br/apps/população/projecao/> e <https://cidades.ibge.gov.br/painel/painel. php?lang=&codmun=355030&search=s%E3o-paulo|sao-paulo>. Acesso em: 17 out. 2017.

processo de descentralização se inicia com a primeira NOB, de 1991, editada pelo extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que, apesar de expressar clara resistência às mudanças, estabeleceu mecanismos que contrariavam os dispositivos constitucionais, resguardando os interesses dessa autarquia ao dar continuidade ao modelo instituído antes da reforma.[193]

A pressão de interesses de grupos corporavistas criou ambiente desfavorável à implantação do SUS como originalmente concebido, mas não impediu o seguimento do processo. Assim, foi editada uma sequência de Normas Operacionais Básicas (NOB),[194] que possibilitaram a construção do sistema e o processo de descentralização da saúde, por meio das definições de arenas decisórias, fluxos de financiamento e estruturação do modelo de atenção.

Para administrar a política descentralizada, ampliaram-se os mecanismos de tomada de decisão, por meio de uma estrutura inovadora, e, além dos conselhos de saúde, criaram-se os comitês intergestores nos níveis estadual (bipartite) e federal (tripartite), nos quais as decisões seriam tomadas por consenso. Isso monstra que, embora as Normas Operacionais Básicas (NOB) tenham contribuído para maior legitimidade democrática do sistema, com a participação social e a incorporação de novos atores. Por outro lado, elas permitiram a construção de uma estrutura institucional burocrática com o controle sobre as principais decisões, ou seja, impunha-se um peso mais elevado ao gestor federal, às comissões intergestores e às associações de secretários municipais e estaduais de saúde, em detrimento do controle social.[195]

A nona Conferência Nacional de Saúde (CNS) aconteceu em dezembro de 1992 nos dias em que o Congresso Nacional decidiria sobre o impedimento do presidente Collor. A Conferência denunciou o não cumprimento da legislação sanitária e tratou da autonomia dos municípios para fiscalizar e exigir em conformidade com a realidade local. Após o presidente Collor renunciar ao cargo, assume o vice Itamar Franco. Vale assinalar, que a descentralização da gestão do SUS, definida como um dos princípios de organização do sistema, e o processo de municipalização da saúde,

---

[193] CARVALHO, Gilson. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. **Ciência & Saúde Coletiva***,* v. 6, n. 2, p. 435-444, 2001.

[194] A NOB 1, de 1992, editada pela Secretaria Nacional de Assistência à Saúde; a NOB 1, de 1993 e a NOB 1, de 1996, editadas pelo Ministro da Saúde. Cf.: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria n° 234, de 10 de fevereiro de 1992; BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 545, de 20 de maio de 1993. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 2203, de 5 de novembro de 1996..

[195] LABRA, Maria Eliana. Associativismo no setor de saúde brasileiro e organizações de interesse do empresariado médico. ***Physis*** **Revista de Saúde Coletiva**, v. 3, n.2, p.193-225, Rio de Janeiro, IMS, 1993.

ao longo da década de 1990, suplantaram os entraves iniciais e avançaram. Pode-se afirmar que em diversas cidades se efetivaram sistemas públicos de saúde.[196]

O governo do presidente Itamar Franco (1992-1995) encontrou sérias dificuldades no cenário econômico. Se para os países da América Latina que aderiram às reformas liberais, no ano de 1993 a inflação apresentava-se controlada e até em queda, no Brasil, o panorama era distinto. Entretanto, foram alicerçadas as bases do programa que traria a estabilização e acabaria com a alta inflação do país. A a construção do SUS ocorreu em plena crise econômica e de financiamento, e esta realidade de crise de financiamento tem o acompanhado ao longo da sua história.[197]

Em que pese o artigo 195 da Constituição de 1988 ter estabelecido que a Seguridade Social seria financiada com recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, e de contribuições sociais, no âmbito do governo federal, os recursos seriam repartidos entre a Previdência, a Assistência Social e a Saúde. Em 1993, as contribuições previdenciárias deixaram de ser consideradas solidárias ao financiamento da saúde. Mesmo com a previsão de recursos para a saúde, sob o argumento do aumento do desemprego e da consequente redução das contribuições, resultando em problemas no caixa da Previdência, os valores não foram repassados, aumentando a insegurança relativa ao financiamento do sistema de saúde recém-instituído.[198]

Mesmo com a crise do financiamento, não se pode negar os avanços alcançados no governo de Itamar Franco, tais como: a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS);[199] a crição do Programa de Saúde da Família (PSF); o início da discussão sobre a reforma psiquiátrica, medicamentos genéricos e regulação do Sistema de Assistência Médica Suplementar (SAMS). Ademais, os conselhos de saúde se firmaram como instâncias políticas identificadas

---

[196] PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a contribuição e crítica**. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008, p.164.

[197] CASTRO, Lavinia Barros. Privatização, abertura e desindexação: a primeira metade dos anos 90 (1990-1994). In: GIAMBIAGI, Fabio. et al. (Org.). **Economia brasileira contemporânea: 1945-2010**. 2.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011, p.132.

[198] PIOLA, Sergio Francisco; SERVO, Luciana Mendes; SÁ, Edvaldo Batista de; PAIVA, Andrea Barreto de. Financiamento do Sistema Único de Saúde: trajetória recente e cenários para o futuro. **Análise Econômica,** n. 30, 2012, p. 9–33.

[199] O governo Itamar Franco extinguiu o INAMPS, com a relatoria do Deputado Sergio Arouca do substituto do Projeto de Lei n. 3716 de 1993, relatado em 12 de maio de 1993. Cf.: PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a contribuição e crítica**. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008, p.169. Para Maria Elizabeth Diniz Barros, a maior resistência à extinção do INAMPS, que foi dificultada pelos próprios auditores do órgão e pelos auditados do órgão, advinha do setor privado. Cf.: FEGHALI, Jandira. Participação e institucionalização (embates 1990 a 1994). In: FALEIROS, Vicente de Paulo. et at. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo**. Brasília. Ministério da Saúde, 2006, p.147.

com a defesa do SUS, e avançaram com a aprovação de diversos documentos importantes do Conselho Nacional de Saúde, quais sejam: Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes; Recomendações para a constituição e estruturação dos conselhos estaduais e municipais de saúde; e Municipalização: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei, que deu origem à NOB 93.[200]

Em meados de 1993, no comando do quarto Ministro da Fazenda do governo Itamar, em apenas sete meses, Fernando Henrique Cardoso, com condições conjunturais e vontade política, lançou um plano de reforma para a estabilização da economia. O Plano Real, exitoso, logrou efetividade e, a partir da estabilidade econômica, foram possíveis alguns avanços institucionais.[201]

3.2 Avanços e recuos na construção do Sistema Único de Saúde

O sucesso do plano para estabilização e redução da inflação garantiu ao ministro da Fazenda, Fernando Henrique Cardoso, dois mandatos consecutivos na Presidência da República (1995 a 2002). A política econômica do governo de Fernando Henrique Cardoso teve como foco a estabilidade econômica. Na primeira gestão (1995-1998), com a estabilidade monetária baseada na âncora cambial, aprofundou a exposição competitiva dos produtores internos de bens passíveis de importação. Na segunda gestão (1999-2002), seu governo caracterizou-se pelo tripé macroeconômico formado pelo regime de câmbio flutuante, aliado ao de metas de inflação e de superávit fiscal primário. Este arranjo consistia em preestabelecer metas para o crescimento de preços, e se o objetivo não fosse alcançado, haveria aperto monetário e elevação de taxas de juros. Esta política macroeconômica apoiou-se em três frentes: equilíbrio orçamentário, reforma do Estado e reforma monetária.[202]

A reforma do Estado ocorreu na primeira gestão do presidente Fernando Henrique Cardoso, inspirado na experiência inglesa e recomendada pelas organizações multilaterais, como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial. A

---

[200] PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a contribuição e crítica**. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008, p.171.

[201] IANONI, Marcos**. Política públicas e Estado: o Plano Real**. Lua Nova, São Paulo, n.78, p.143-183, 2009.

[202] PIRES, PAULINO, Luis Antonio. O Plano Real e os dois governos de Fernando Henrique Cardoso (1995-1998/1999-2002). In: PIRES, Marcos Cordeiro (Coord.). **Economia brasileira: da colônia ao governo Lula**. São Paulo: Saraiva, 2010, p.294-295.

narrativa reformista seguia o discurso do esgotamento do modelo desenvolvimentista, propondo a redefinição do papel do Estado, que deveria ser apenas de regular e coordenar políticas econômicas e sociais. As atividades econômicas exploradas diretamente pelo Estado deveriam ser substituídas pela ação espontânea do mercado. Para tanto, foi criado o Ministério de Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), com a tarefa especíifica de reformar a aparelhagem estatal, por meio do Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) de 1995.[203]

Neste ambiente de reformas institucionais fortemente orientadas para a redução do tamanho e das capacidades do Estado, de privatização de empresas estatais, de reforma monetária e de ajuste macroeconômico para o equilíbrio do orçamento, o Sistema Único de Saúde (SUS) encontraria seu cenário estrutural de crise. Nesse ambiente, o Movimento Sanitário, constituído pelas forças sociais que protagonizaram a luta pelo direito à saúde expressa na Constituição, na Lei Orgânica da Saúde, estava disperço e desestimulado para o combate (sem forças, portanto, para impedir o desmonte dessas bases jurídicas do SUS). Entretanto, outros protagonistas assumiram o papel de relevância, como os Conselhos e o movimento Municipalista. Para ilustrar, numa pesquisa de avaliação, em 1993, estavam cadastrados no Conselho Nacional de Saúde (CNS), 27 conselhos estaduais e 2.108 conselhos municipais, representando cerca de 42% dos municípios brasileiros, de um total de municípios 4.973, sendo usuários do sistema, 49% dos representantes nos conselhos municipais, 46% nos conselhos estaduais e 48% no conselho nacional.[204]

Nessa conjuntura, a décima Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em setembro de 1996, pautou-se pela preocupação com o financiamento da saúde, motivando o debate sobre fontes de receita na manutenção do orçamento público para o Sistema Único de Saúde (SUS) e incentivou a mobilização para a aprovação da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) n. 169 (posteriormente, Emenda Constitucional n. 29 de 2000, regulamentada pela Lei Complementar n° 141 de 16 de janeiro de 2012),[205] impactando no § 3º do art. 198 da Constituição Federal de

---

[203] GABARDO, Emerson. **Interesse Público e Subsidiariedade: o Estado e a Sociedade Civil para além do bem e do mal.** Belo Horizonte: Fórum, 2009, p.111.

[204] CARVALHO, Gilson. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 435-444, 2001.

[205] A Lei Complementar n° 141 de 16 de janeiro de 2012, que regulamentou o § 3º do art. 198 da Constituição Federal, sobre regras orçamentárias para as Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, estabeleceu que os estados aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde no mínimo 12% da arrecadação dos impostos estaduais, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos municípios (artigo 6º). Os municípios aplicarão anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo 15% da arrecadação dos impostos municipais (artigo 7º). O Distrito

1988, o qual dispõe sobre regras orçamentárias para as Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios. No final da Conferência houve a reafirmação do SUS como garantia do acesso às ações de prevenção, promoção, assistência e reabilitação da saúde à toda a população, sendo considerado como a mais importante proposta de democratização do Estado. Contudo, concluiu-se que, embora existissem claros avanços institucionais, na prática, as condições sanitárias e as instituições de saúde passavam por uma grave crise.[206]

O texto original da Constituição Federal de 1988 definia a alocação de recursos de cada esfera de Governo de seus orçamentos para o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). O legislador constitucional teve a preocupação de estabelecer o princípio da diversidade da base de financiamento para a saúde, no entanto, não foi assegurado um percentual mínimo de aplicação obrigatória para a saúde, e essa omissão dificultou a construção do SUS. O artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) definira, para a saúde, a vinculação de 30% dos recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS), excluído o seguro-desemprego, até que fosse aprovada a primeira Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), a qual definiria a cada ano o valor do percentual a ser destinado à saúde. Entretanto, o Conselho Nacional de Seguridade Social, a quem caberia, entre outras atribuições, aprovar o Orçamento da Seguridade Social (OSS), foi extinto em 1998, e recriado somente em 2013.[207]

Em 1990 e 1991 não foram cumpridos os 30% estabelecidos e, para 1992, o repasse previa 25% das receitas de contribuições de empregado e empregador para a área da saúde, todavia, esse percentual, que resultara de negociação, também não se realizou. O fato é que, em 1993, a Previdência não repassou nem os 15,5% da arrecadação da contribuição de empregados e empregadores, valores praticados até então, deixando, a partir desta data, de ser solidária ao financiamento da saúde. Nesta

---

Federal, por ser um entre federativo misto, deve aplicar, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo 12% da arrecadação dos impostos de base estadual e 15% da arrecadação dos impostos de base municipal. A União deve aplicar o valor do ano anterior em ações e serviços de saúde mais a variação nominal do PIB do ano anterior. Cf.: BRASIL. Lei Complementar n° 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3° do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Brasília, 2012.

[206] BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Conferência Nacional de Saúde. Brasília. Relatório final da X Conferência Nacional de Saúde. Brasília, D.F.: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 1996.Disponível em: <http://www.universidadesaudavel.com.br/wp-content/uploads/leitura/Relatorio-X%20CNS.pdf>. Acesso: 11 out. 2017.

[207] VIANNA, Solon Magalhães. A Seguridade Social e o SUS: revisitando o tema. **Saúde e Sociedade**, v.14, n.1, jan./abr. 2005, p.7-22.

situação de urgência de financiamento da saúde, o governo federal, decretou estado de calamidade pública e o Ministério da Saúde demandou empréstimo ao Fundo Amparo ao Trabalhador (FAT).[208] Em 1994, na vigência do Plano Real, a Emenda Constitucional de Revisão n. 1, de 1 de março de 1994, instituiu o Fundo Social de Emergência (FSE), que, posteriormente, foi denominado de Fundo de Estabilização Fiscal (FEF), para depois ser a conhecida Desvinculação de Recursos da União (DRU), que desvinculou 20% das transferências constitucionais para Estados, municípios, fundos regionais e algumas políticas sociais.[209]

A solução encontrada para a insuficiência de recursos foi a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), instituída pela Lei n. 9.311, de 24 de outubro de 1996. O ministro da Saúde, Adib Jatene, empenhou-se pessoalmente para a aprovação dessa importante fonte de financiamento para os gastos de sua área. O ministro deixou a pasta em novembro de 1996, segundo o próprio presidente Fernando Henrique Cardoso, por discordar do uso dessas verbas arduamente conquistadas, assumindo o ministro Carlos Albuquerque, que, por sua vez, foi substituído em março de 1998, pelo economista José Serra.[210]

Os números apontam que a CPMF permitiu a estabilidade do financiamento,[211] tendo respondido por 27,8% do total de recursos, em 1997. O valor atingiu 38,4%, em 2002 e correspondeu a cerca de 30% até 2007. Em média, no período de vigência, entre 1997 e 2007, contribuiu com 1/3 do total dos recursos do Ministério da Saúde. Todavia, desde sua criação, do montante arrecadado de R$ 201,2 bilhões, parte deste recurso, mais de R$ 33 bilhões, não teve como destino a saúde [212]

---

[208] MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Aquiles. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 21, n. 2, p. 345-362, 2012.

[209] IANONI, Marcos**. Política públicas e Estado: o Plano Real**. Lua Nova, São Paulo, n.78, p.143-183, 2009.

[210] CARDOSO, Fernando Henrique. **A Arte da política: a história que vivi**. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2006, p.258.

[211] Com a alíquota de 0,20% sobre movimentações financeiras, em junho de 1999, a CPMF foi prorrogada até 2002. Com a argumentação de prover recursos para a Previdência, o percentual aumentou para 0,38%. Em 2002 a CPMF, assim como em 2004, vigorou até dezembro de 2007. Cf.: PIOLA, Sergio Francisco; SERVO, Luciana Mendes; SÁ, Edvaldo Batista de; PAIVA, Andrea Barreto de. Estrutura do financiamento e gasto do sistema público de saúde Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, v. 4, 2013, p.19-70.

[212] PIOLA, Sergio Francisco; SERVO, Luciana Mendes; SÁ, Edvaldo Batista de; PAIVA, Andrea Barreto de. Estrutura do financiamento e gasto do sistema público de saúde Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, v. 4, 2013, p.19-70.

De outra parte, a adesão dos municípios caminhava a passos largos, bem como a descentralização e a municipalização cresciam substancialmente, especialmente em nível da atenção básica. Neste contexto, a NOB 96 trouxe equilíbrio entre os atores sociais envolvidos na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).[213] Redefiniu-se, assim, o modelo de gestão para dar continuidade ao processo de consolidação do SUS, com o intuito do efetivo cumprimento dos princípios e diretrizes que o orientam, enfatizando os sistemas municipais como a base e os elementos fortalecedores do SUS.

A inserção dos municípios na responsabilidade dos serviços, por meio do redirecionamento e aumento dos seus recursos no setor, abrandou a crise do financiamento da esfera federal no sistema de saúde. O financiamento para as ações da rede pública de saúde encontrou nos apoiadores do movimento Municipalista um importante aliado, em larga medida, a ação política desse movimento ampliou as bases políticas do sistema. Isso se revelou na avaliação realizada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em 1998, sobre a implementação do SUS e seus resultados significativos. Segundo estimativas, a cobertura representava 95% da população na atenção primária, 70% na secundária e 90% na alta complexidade. Os 27 estados e 436 municípios já respondiam pela gestão plena dos seus sistemas de saúde. Ainda não participavam do sistema 15,3% dos municípios, representando 17,2% da população do país. Um total de 4.228 municípios respondiam pela gestão da atenção básica.[214]

No contexto do fortalecimento municipal, o Programa Saúde da Família (PSF) recebeu relevante estimulo com a Portaria n. 1.329, de 1999, que estabeleceu que, de acordo com a faixa de cobertura, os municípios passavam a receber incentivos diferenciados, ou seja, quanto maior o número de pessoas cobertas pelo PSF, maior o seu impacto, além de um incentivo adicional para a implantação de novas equipes, no valor de dez mil reais por equipe implementada. O resultado foi animador, tendo aumentado significativamente o número de municípios que aderiram ao programa. Em 1994, o PSF estava presente em 55 cidades brasileiras com 328 equipes atuando, e em 2001, já atuava em 1.134 municípios.[215]

---

[213] NOB 96 publicada no Diário Oficial da União, de 6 de novembro de 1996, pela portaria n. 2.203, e alterada pela portaria n.1882, de 18 de dezembro de 1997.

[214] OPAS/ BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde O perfil do sistema de serviços de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde,1998, p.19.

[215] SOUSA, Maria Fátima de; HAMMANN, Edgar Merchán. Programa saúde da família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14 (Supl. 1), 2009, p.1325-1335.

Para que as ações e serviços públicos de saúde constituíssem um sistema único e integrado em uma rede regionalizada e hierarquizada e transcendessem a verticalidade formal jurídico-administrativa de cada poder responsável pelo cuidado à saúde, em 2001, editou-se a Norma Operacional da Assistência à Saúde SUS (Noas SUS 01/2001), aprovada pela Portaria n. 95, de 26 de janeiro de 2001. Nessa direção, avançou-se no objetivo de aprofundar o processo de regionalização, a fim de garantir o acesso a todas ações e serviços de saúde necessários. Foram instituídos, ainda, os Planos Diretores de Regionalização e de Investimentos com a introdução da ideia de redes de assistência, incluindo a definição das microrregiões. Ao buscar a regionalização da saúde, promoveu-se modificações importantes nas relações entre os diversos gestores do SUS, estaduais e municipais. Assim, resgatou-se o papel de coordenação do governo estadual no SUS, em especial, na atenção da média complexidade, ancorada na operacionalização da Programação Pactuada Integrada (PPI) nas diferentes esferas de governo estaduais e municipais, integrada entre os gestores do sistema.[216]

Cabe reconhecer que os canais de ações governamentais de suporte à privatização, que se iniciaram na mesma época em que o Banco Mundial, em 1989, recomendava financiamento público-privado para a saúde pública. O documento "*Adult Health in Brazil: adjusting to new challanges"*[217] afirmava que seria impossível financiar com recursos públicos à saúde para todos brasileiros, indicando como mais adequada para o Brasil a configuração público-privada, da mesma forma como estava fazendo o setor industrial brasileiro moderno, aliás, já estava contratando serviços das empresas de planos de saúde para os empregados.

No momento em que se fazia um árduo esforço em se implementar a política de saúde definida na Constituição, ocorria o entendimento dos grupos privados para inserir na pauta governamental a regulamentação dos planos privados de saúde. Também, nessa época, em 1994, o então candidato à reeleição presidente Fernando Henrique Cardoso tinha como proposta de campanha de governo a regulamentação dos planos de saúde.[218]

A presença do setor privado no sistema de saúde no país tem sido acentuada. Na implementação do SUS, a aposta dos empresários do setor privado era

---

[216] ELIAS, Paulo; MARQUES, Rosa Maria.; MENDES, Áquilas. O financiamento e a política de saúde. **Revista USP**, São Paulo, n. 51, p. 16-27, set./nov. 2001.

[217] WORLD BANK. Brazil. *Adult health in Brazil: adjusting to new challanges* Washington, D.C., 1989.

[218] PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a contribuição e crítica**. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008, p.224.

na inoperância do sistema. Muitos se beneficiaram das dificuldades iniciais do sistema para alavancar o número de usuários de seus planos privados. Esses grupos privados têm recorrido sempre ao acesso privilegiado do Estado para defender seus interesses particulares. O próprio sistema híbrido e segmentado instituído na Constituição Federal de 1988 permitiu indevidas ambiguidades, tais como instituir o direito universal e igualitário, estruturado num sistema inclusivo, com a ampliação da responsabilidade do Estado, por outro lado, preservando a liberdade e continuidade das formas privadas de assistência à saúde sem qualquer regulamentação até 1998. Somente com a Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998, conhecida como Lei dos Planos de Saúde, e mais tarde com a Lei n.9.651 de 28 de janeiro de 2000, a qual criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), é que foram regulamentadas as atividades que garantem a assistência suplementar à saúde.[219]

A retórica bem articulada de que o mercado de compra e venda de planos e seguros de saúde se compatibiliza na visão da saúde e converge a um sistema público, dotado de legitimidade política e institucional, e que os planos desafogam o setor público, encobre uma outra realidade muito confortável para o setor privado. Ocorre que, em grande parte, há duplicidade e superposição de oferta de serviços pelos prestadores públicos e privados. Ou seja, existe uma relação de complementaridade invertida, em que o sistema público funciona como um suporte para as lacunas na assistência oferecida pelos planos de saúde. Outro embate consiste em que o Sistema Único de Saúde (SUS) compete com os planos privados pelos recursos, humanos e leitos hospitalares, em razão da tabela do SUS ser baixa, o prestador de serviços opta pelo de maior valor, o privado.[220]

A despeito disso e da crise do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) estar longe de solução, ou mesmo das adversidades neoliberais e reformantes, no final do governo Fernando Henrique Cardoso, o SUS tinha implementado sua engenharia institucional e se firmava como política de Estado, menos maleável às mudanças de orientação dos governos como resultado da construção progressiva, de esforço conjunto dos gestores envolvidos no processo de organização institucional, com resultados significativos. Em linhas gerais, no campo econômico, a prioridade da estabilidade de preços, teve êxito, mas à custa de juros altos para conter a perda de

---

[219] WORLD MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.77-92, jan./mar. 2014.

[220] SESTELO, José Antonio de Freitas; SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de; BAHIA, Lígia Bahia. Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.5, p.851-866, mai. 2013.

reservas, desnacionalização da economia, geração de poucos empregos formais, baixo crescimento, concentração de renda, com consequências desfavoráveis para as contas externas do Brasil. A crescente vulnerabilidade externa e recorrentes crises no balanço de pagamento, somadas às crises externas (México, 1994 e 1995; Asiática, 1997; e Rússia, 1998), levaram o Brasil a ter sua própria crise em 1999.[221]

Fatores como problemas em seus fundamentos fiscais, sistema financeiro frágil, baixo nível de reservas internacionais e elevada dívida externa, exigiram a maxidesvalorização. Como desdobramento, o país passou a depender da anuência dos credores internacionais para definir a política econômica doméstica. Em 2001 e 2002, o país recorreu ao Fundo Monetário Internacional (FMI) e passou a aderir incondicionalmente aos princípios neoliberais definidos pelo Consenso de Washington e fez um ajuste fiscal como exigência desses acordos.[222]

Em que pese o contexto geral de resultados negativos na economia, no período de 1995 a 2000, alguns pontos positivos foram alcançados, tais como os avanços institucionais que asseguraram a estabilidade econômica, quais sejam: o Comitê de Política Monetária (Copom), o câmbio flutuante, o regime de metas de inflação e a Lei de Responsabilidade Fiscal. Esses avanços refletiram em outros aspectos importantes para a sociedade brasileira, como a combinação de transparência e previsibilidade, a autonomia prática do Banco Central e a intolerância social à inflação. A popularidade presidencial consolidou-se como dependente da gestão macroeconômica responsável. Aos poucos, diminuiu o risco de rupturas da continuidade da gestão macroeconômica. [223]

Luiz Inácio da Silva venceu as eleições em 2002 para a presidência do Brasil, comprometendo-se a manter a estabilidade, mas retomar o crescimento, tendo dado continuidade às políticas macroeconômicas de seu antecessor. No período de 2003 e 2007, a economia mundial apresentou crescimento favorável, decorrente da combinação de fatores como crescimento aproximado dos 4% do PIB global, inflação baixa, retomada do dinamismo econômico dos países com níveis baixos de renda como a América Latina e Leste Europeu. No Brasil, esse período representou um marco na

---

[221] GIAMBIAGI, Fabio. Estabilização, Reformas e Desequilíbrios Macroeconômicos: Os Anos FHC (1995-2002). In: GIAMBIAGI, Fabio. et al. (Orgs.). 2. ed. **Economia brasileira contemporânea: 1945-2010**. 2.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011, p.165-195.

[222] SICSÚ, João. **20 anos depois: quem são os donos do plano Real? A estabilização da inflação aconteceu ao custo da substituição de produtos nacionais por importados e o agravamento da situação fiscal**. Carta Capital. Edição Março 2014.

[223] NÓBREGA, Maílson da. A saída é consolidar o sistema capitalista. In: SICSÚ, João; CASTELAR, Armando (Org.). **Sociedade e Economia*:* estratégias de crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ipea, 2009, p.172.

história econômica do país, a expansão dos mercados financeiros globais e a elevação dos preços das *commodities* resultaram num crescimento econômico com baixa inflação e sem grandes desequilíbrios nas contas públicas e externas, o que permitiu a redução da vulnerabilidade externa e fragilidade fiscal.[224]

É importante salientar que o desempenho da economia brasileira no governo Lula (2003-2010) apresentou uma recuperação de crescimento e do investimento, impactou favoravelmente no emprego, e diminuiu a dívida líquida do setor público em um terço. Com efeito, teve melhor desempenho do que o governo de Fernando Henrique Cardoso, também na taxa de crescimento médio anual, que estava em 2% entre 1996 a 2002 e passou para 3,8%, de 2003 a 2007. O governo soube aproveitar-se da situação de ciclo expansivo da economia internacional entre o período de 2003 a 2008. Já no segundo mandato, de 2007 a 2010, com a crise financeira no final de 2008, a política fiscal sofreu mudanças, promovendo uma expansão anticíclica de gastos públicos correntes. Os bancos públicos expandiram o crédito em contraposição à fortíssima contração promovida pelos bancos privados.[225] No final de 2010, o Banco Central mudou o regime de sua política, passando a utilizar medidas macroprudenciais para controlar o crédito, em vez da elevação maior na taxa de juros.[226]

No âmbito da saúde, no final de 2003, aconteceu a XII Conferência Nacional de Saúde, com o tema "A saúde que temos, o SUS que queremos", denominada Conferência Sérgio Arouca. Após a Conferência, o governo Lula definiu orientações e diretrizes para o setor, priorizando quatro programas: a Estratégia de Saúde da Família (ESF), ampliando a cobertura da atenção básica do Programa de Saúde da Família (PSF); o Programa Brasil Sorridente, que introduziu uma política de saúde bucal que visou expandir os cuidados com procedimentos preventivos e de complexidade; o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que criou o atendimento pré-hospitalar móvel no âmbito da Política de Atenção às Urgências e Emergências; e o Programa Farmácia Popular, que propiciou o acesso a medicamentos com preços mais baixos.[227]

---

[224] PRATES, Daniela Magalhães. **O efeito-contágio da crise global sobre os países emergentes**.Revista de Economia Política, v. 31, p. 328-330, 2011.

[225] GIAMBIAGI, Fabio. Rompendo com a ruptura: o governo Lula (2003-2010). In:GIAMBIAGI, Fabio et al. (Org.). **Economia brasileira contemporânea: 1945-2010**. 2.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011, p. 197-237.

[226] MODENESI, André de Melo. A política monetária brasileira e suas recentes reespecificações: uma análise pela ótica da coordenação. In: MODENESI, André de Melo *et al* (Orgs.). **Sistema financeiro e política econômica em uma era de instabilidade: tendências mundiais e perspectivas para a economia brasileira**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012, p.125.

[227] MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. A política de saúde do governo Lula. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 20, n. 2, p. 522-532, 2011.

Ademais, foram estabelecidas algumas ações direcionadas à grupos específicos, tais como: a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher; a saúde da criança e do adolescente, com a articulação do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas ao Programa Nacional de DST/AIDS; a saúde do trabalhador, com a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST); e ações relativas à saúde da população negra, dos quilombolas, dos indígenas e dos assentados. No âmbito da gestão do SUS, foi lançado o Pacto pela Saúde, em 2006, constituído de um conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de governo, com o objetivo de atualizar e aprimorar as relações institucionais do SUS, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão. O Pacto consistiu na adesão dos gestores em três dimensões: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Na adesão ao Pacto, os gestores assinam em conjunto o Termo de Compromisso, em que constam, nos eixos prioritários, as metas a serem atingidas anualmente ou bianualmente, monitorado por um sistema de informação.[228]

No tocante ao financiamento dos gastos públicos de saúde tiveram um avanço na participação dos Estados e municípios, no total um acréscimo de 194%, ou 50,6 bilhões de reais, de 26 bilhões de reais, em 2000, para 76,7 bilhões de reais, em 2010. Somados com o gasto da União no mesmo período, o gasto público das três esferas do governo passou de 23 bilhões de reais, em 2000, para 138 bilhões em 2010. Todavia, os gastos poderiam ser maiores se a União e os Estados cumprissem o estabelecido na Emenda Constitucional n. 29 de 2000. De outra forma, o gasto *per capita* das três esferas com o SUS passou de 378,27 reais, em 2000, para 717,70, em 2010, apresentando crescimento real de 89,73%, representando um aumento de 2,89% em relação ao PIB, em 2000, para 3,77% em 2010. Isso não é pouco, mas revela uma tendência decrescente na participação relativa da União em relação aos Estados e municípios no financiamento do SUS, passando de 59,79% em 2000, para 44,68%, em 2010. Em contrapartida, a participação dos Estados de 18,55%, em 2000, passou para 26,69%, e dos municípios, de 14,03%, em 2000, para 28,64%.[229]

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), foram gastos 448,1 bilhões de reais relativos à despesa total com saúde no Brasil, em 2014, o que é equivalente a 8,1% da economia do país (medida pelo Produto Interno Bruto,

---

[228] FREITAS, Rosana de C. Martinelli. **O governo Lula e a proteção social no Brasil: desafios e perspectivas**. O governo Lula e a proteção social no Brasil: desafios e perspectivas. *Katálysis*, v.10, n.1, p.65-74.

[229] PIOLA, Sergio Francisco; SERVO, Luciana Mendes; SÁ, Edvaldo Batista de; PAIVA, Andrea Barreto de. Financiamento do Sistema Único de Saúde: trajetória recente e cenários para o futuro. **Análise Econômica,** n. 30, 2012, p. 9–33.

que atingiu o total de 5,5 trilhões de reais). Por sua vez, em 2013, o gasto atingiu 424 milhões de reais, o que corresponde a 8% do PIB. Esse percentual está no mesmo patamar do ano de 2010, que também chegou a 8%. Em 2012 e 2011, correspondeu a 7,8% do PIB.[230] Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2012 revelam que os gastos totais dos países como a Espanha (8,8%); Itália (8,8%); Noruega (8,9%); e Reino Unido (8,5%), tem percentuais aproximados em relação ao Brasil.[231]

Em 2014, dos 448,1 bilhões de reais em despesas com saúde, 48,3% corresponderam a gastos com ações e serviços públicos – 216,4 bilhões; e 51,7% do total, 231,6 bilhões de reais, foram gastos privados. Outro número preocupante de 2014, corresponde aos percentuais de cada esfera do governo. Dos 3,9% do PIB gastos com saúde pelo setor público, 1,7% coube a União, 1,0% aos Estados e 1,2% aos municípios.[232] Dados que refletem um padrão de financiamento muito distante do necessário para viabilizar um sistema de saúde público universal e igualitário.[233]

3.3 Sistemas de saúde pública universal e a tendência privatizante

Na análise sobre a proteção social, torna-se fácil a percepção de que as sociedades procuram diminuir a exposição a determinados riscos sociais e proteger os indivíduos que, porventura possam ser acometidos por situações de risco. Na sociedade capitalista, o Estado se incumbe do papel de impulsionar a formação da base produtiva, e passa a intervir nos processos de reprodução da força de trabalho. Com o avanço das forças produtivas e a complexidade das relações entre os indivíduos, alarga-se a possibilidade de riscos sociais. A conscientização a respeito desses riscos sociais resulta na busca pela segurança, em prevení-los e reduzí-los. Nesse sentido, a conquista dos direitos civis e políticos, bem como dos econômicos, sociais e culturais, ampliou a função estatal, expressa no desenvolvimento de ações protetivas assumidas

---

[230] IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Políticas Sociais: acompanhamento e análise. Rio de Janeiro, n. 23, IPEA, 2015. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_ content&view=article&id=25812>. Acesso em: 10 fev. 2017.

[231] WHO. *World Health Statistics* 2015. Genebra, 2015. Disponível em: <www.ocde.org/els/health-systems/heal th-data.htm.>. Acesso em> 15. set. 2017.

[232] IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Políticas Sociais: acompanhamento e análise. Rio de Janeiro, n. 23, IPEA, 2015. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_ content&view=article&id=25812>. Acesso em: 10 fev. 2017.

[233] WHO. *World Health Statistics* 2015. Genebra, 2015. Disponível em: <www.ocde.org/els/health-systems/heal th-data.htm.>. Acesso em> 15. set. 2017.

pelo Estado.[234]

Os países constituíram formas de organização e intervenção estatal institucionalizadas para proteger o conjunto de sua população, contra riscos, perdas e danos pessoais e sociais que prejudicam as condições de vida dos indivíduos. Por meio da garantia de um conjunto de bens materiais e imateriais que viabilizam a subsistência e a integridade dos cidadãos, o Estado passa a se responsabilizar. De todo modo, os diferentes sistemas de proteção social, como construção política, são definidos sob determinadas condições históricas, singularidades culturais e estruturas sociais.

Os historiadores datam o século XVI como marco divisório das formas mais racionais de assistência a criação da Lei dos Pobres na Inglaterra, em 1531, com um conjunto de regras que visava fornecer auxílio aos mais necessitados, previa a cobrança de uma taxa a ser paga pela população (*poor rate*) destinada à ajuda aos pobres. O *Poor Laws Act* de 1536 a 1601, e o *Statute of Artificiers Act* de 1622, tinham por objetivo principal prestar assistência social para aqueles indivíduos que comprovadamente não possuíam condições de sustentar a si próprios e nem tinham parentes e amigos a quem pudessem recorrer.Em 1722, o *Knatchbull's Act* previa para os adultos saudáveis a oferta de emprego e encaminhava-os para locais específicos denominados de *workhouses*. Embora muito criticada pelos seus contemporâneos e na historiografia, fornecia ao chefe de família uma remuneração mensal, proporcional ao número de filhos e ao preço do pão, base alimentar dos trabalhadores ingleses.[235]

O primeiro sistema com finalidade de estabelecer políticas de proteção social, inaugurado no século XIX, pelo chanceler conservador Otto Von Bismarck, na Alemanha, constituíu-se de três seguros compulsórios criados pela Lei dos Seguros Sociais: o seguro saúde (1883), o seguro de acidentes (1884) e o seguro de velhice e invalidez (1889). O modelo foi Instituído com o objetivo de prover as necessidades daqueles que exerciam atividade remunerada e de seus dependentes, em larga medida, como forma de diminuir o potencial revolucionário. O acesso aos benefícios estava condicionado ao prévio pagamento do seguro, restrito àqueles que se vinculassem ao sistema. O modelo bismarckiano tem estrutura do financiamento setorial, dependente do emprego e complementado com recursos públicos. Esse modelo assegura direitos somente para os que possuem vínculo com o trabalho e renda, e se centra no principio

---

[234]LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Lígia. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho; CARVALHO, Antonio Ivo. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Editora Fiocruz: Rio de Janeiro, 2008, p. 31.

[235] VISCARDI, Cláudia Maria Ribeiro. Pobreza e assistência no Rio de Janeiro na Primeira República. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.18, supl.1, dez. 2011, p.179-197.

meritório, concentrando transferências individuais, sendo um sistema de seguro obrigatório, financiado por contribuições dos empregados, dos empregadores e uma parcela menor do Estado, destinada a administração.[236]

O governo britânico, em 1941, preocupado com os efeitos da guerra, investigou sobre os serviços assistencialistas para avançar no regime de proteção social. A tarefa coube a William H. Beveridge, presidente da comissão interministerial. O resultado final, conhecido como Relatório Beveridge (1942), denominou como Seguridade Social o conjunto de proteção social, tais como, seguro obrigatório, o seguro voluntário, a assistência social nacional e a criação de serviços gerais de saúde. O modelo de Seguridade Social avançou em relação ao seguro social e independe de comprovação da pobreza ou de vinculo e desempenho no trabalho. Dessa forma, caracteriza-se pela extensão da proteção a toda a população, com acesso gratuito no ato do uso, tratando-se de uma concepção inclusiva, assentando-se na ideia de bem-estar e justiça social.[237]

No outro modelo de proteção social, modelo residual de política social de bem-estar, as instituições de bem-estar intervêm somente quando a família ou o mercado privado se veem impossibilitados de fazê-lo. Sua base teórica tem origem nos primeiros momentos da Lei dos Pobres inglesa e apoia-se na visão orgânica da sociedade, na qual prevalece a ideia do Estado árbitro desgarrado da sociedade e na individualização dos problemas sociais.[238] Nesse modelo, a saúde não é um direito, mas, sim, uma obrigação dos cidadãos, seguindo a lógica da visão liberal. A intervenção estatal estaria resumida ao mínimo em razão da provisão social estar ligada aos canais considerados tradicionais de proteção social, quais sejam, o mercado e a família. O Estado interviria na impossibilidade de esses não conseguirem atender as necessidades individuais em caráter temporário e, terminada a situação de emergência, extingue-se o benefício [239]

---

[236] TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. **Política social e democracia: reflexões sobre o legado da seguridade social**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.1, n. 4, p. 400-417, 1985.

[237] WEINTRAUB. Arthur Bragança de Vasconcellos. Direito à saúde intrínseco ao campo da seguridade social. **Revista de Direito Sanitário**, n 6, p. 62-72, jul., 2005.

[238] Lei dos Pobres instituída a partir de 1531, na Inglaterra, além da cobrança de uma taxa cobrada da população, o Estado também arcava com seus próprios recursos nesse sistema considerado o mais amplo de assistência à pobreza existente no mundo.Cf.: TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. **Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ,1994, p.75-76.

[239] LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Lígia. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho; CARVALHO, Antonio Ivo. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Editora Fiocruz: Rio de Janeiro, 2008, p. 31.

Tomando-se como base os países desenvolvidos, os mais adotados são os de seguro e os de seguridade social. Os modelos de seguro são financiados por meio de contribuições de empregados e empregadores. Os modelos de Seguridade Social estão em geral vinculados a Sistemas de Saúde Nacionais, com financiamento público, o Estado se responsabiliza pela saúde dos cidadãos por meio de um sistema universal. Os modelos universais são apontados como mais eficientes, em certa medida, por fazerem mais com menos recursos. São avaliados também como mais equânimes por melhor impactar nas condições de saúde. Contudo, existem também os modelos residuais com financiamento público para a parcela da sociedade muito pobre, e para a maioria da população, os sistemas são financiados por recursos privados.[240]

Nessa direção, vale destacar que a Constituição Federal de 1988 ao introduzir um novo modelo de proteção social, em que o Estado assume seu caráter social, buscou-se minimizar as desigualdades tão presentes no país. Até então, a proteção social orientava-se pelo modelo performático, em que os direitos se restringiam segundo princípios referentes à contribuição e ao mérito, ou seja, o contribuinte merece benefícios por parte do Estado porque contribui para a riqueza nacional. Essa conquista histórica, fruto da redemocratização do país, garante o direito ao acesso de todos os brasileiros e estrangeiros residentes no país, homens e mulheres, de todas as classes sociais, independentemente da habilidade de pagamento, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais, de serem cuidados nas ações e serviços públicos para a promoção, proteção e recuperação da saúde.[241]

A Constituição brasileira de 1988 garante o direito ao acesso aos serviços de saúde para toda população, em todos os níveis de complexidade, associado a gratuidade. Tal sistema público foi modelado para garantir atenção e cuidados à saúde de forma integral, igualitária e equitativa. A atenção integral às pessoas deve ser compreendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso, em todos os níveis de complexidade, incluindo os serviços de assistência farmacêutica e os de recuperação e reabilitação, além de todos os grupos com demandas ou necessidades de saúde específicas que serão tratados adequadamente.[242]

---

[240] LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Lígia. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho; CARVALHO, Antonio Ivo. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Editora Fiocruz: Rio de Janeiro, 2008, p. 222.

[241] OLIVEIRA, Jaime Antonio de. De Araújo; TEIXEIRA, Sônia Maria. Fleury. (**Im)previdência social 60 anos da história da previdência do Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1985, p.160-161.

[242] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual para a organização da atenção básica. Brasília; 1999.

Os modelos de proteção social e o arranjo territorial do Estado em cada país condicionam a organização de seus sistemas de prestação de serviços de saúde, com diferentes formas de cobertura, de financiamento, de cesta de serviços e benefícios garantidos pelo Estado. Dessa maneira, o bismarckiano e o beveridgiano são os modelos de proteção social de saúde mais encontrados na Europa Ocidental, em certa medida, pela forte influência das políticas do *Welfare State*. No modelo bismarckiano, os seguros sociais de saúde se baseiam em contribuições sobre salários, com contratação compulsória e de financiamento vinculado ao trabalho, deixando uma parcela da população excluída da cobertura. Adotam o modelo bismarckiano países como a Alemanha, Áustria, Bélgica, França, Luxemburgo e Paises Baíxos. Já o modelo beveridgiano de serviços nacionais de saúde, ordenados pelo Estado e financiados por recursos fiscais, estão presentes no Reino Unido, Dinamarca, Finlândia, Irlanda, Suécia.[243]

O sistema de saúde do Brasil teve inspiração no Serviço Nacional de Saúde britânico, o *National Health Service* (NHS), criado em 1946, a partir do Relatório Beveridge, que fundamenta o principio da universalidade nas políticas do Estado e respalda o arranjo institucional de um plano universal de saúde. No informe, recomenda-se ao Estado garantir atenção à saúde primária, especializada, hospitalar e reabilitação, a todos os cidadãos, independentemente de capacidade de pagamento, financiada por impostos. O sistema de saúde *National Health Service* (NHS) é pioneiro na universalização do acesso a serviços de saúde, na hierarquização, no sistema de cuidados na atenção primária, além de assento nos princípios básicos definidores da integralidade e gratuidade. O NHS garante o acesso à atenção e cuidados à saúde em todos os níveis de complexidade, com amplo leque de serviços, e em abrangência a toda ou quase a totalidade da população, na mesma rede de serviços, sem segmentação. O acesso inicial ocorre por meio do registro em uma clínica, o *General Practitioner* (GP), junto a um médico de atenção primária, que tem função de porta de entrada preferencial e filtro (*gatekeeper)*, para, posteriormente, ter acesso ao especialista na assistência hospitalar não emergencial. Apesar de pequena parcela dos hospitais serem privados, aproximadamente 5%, o setor privado coexiste com o setor público desde a criação do NHS.[244]

---

[243] LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Lígya. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, Lígya; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho; CARVALHO, Antonio Ivo. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Editora Fiocruz: Rio de Janeiro, 2008, p. 101.

[244] GIOVANELLA, Lígia; STEGMULLER, Klaus. Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha.

Na década de 1970, com a crise do petróleo e as orientações neoliberais, o *National Health Service* (NHS) recebeu muitas críticas do partido conservador na análise do aumento do gasto público com a saúde em relação aos gastos no período da década anterior, introduzindo-se, assim, elementos e mecanismos de mercado em processos de reforma para combater a propalada ineficiência do sistema, que ocorreram ao longo dos anos de 1980 e 1990. Contudo, as alterações não trouxeram as melhorias pretendidas, e o mais importante, foram mantidas as caracteristicas centrais do sistema, a universalidade e o caráter público. Em 1999, com o retorno do Partido Trabalhista ao governo, implementou-se a reforma da reforma do NHS com o objetivo de reafirmar a universalidade e reverter as políticas anteriores. Com essa reforma de 1999, cada país membro do Reino Unido conta com um sistema nacional de saúde independente, o NHS na Inglaterra, o NHS Scotland na Escócia e o NHS Wales e Social Care (Assistência Social) na Irlanda do Norte. [245]

A Espanha passou por processo reformador na saúde em contexto democratizador semelhante ao do Brasil, no qual aconteceram avanços sociais e políticos relevantes. Em 1978, após longo período ditatorial, a Constituição da Espanha é promulgada e, no artigo 43, estabelecida a saúde como um direito fundamental do cidadão. A Constituição de 1978, no artigo 137, garantiu autonomia para a gestão de seus respectivos interesses aos municípios, províncias e Comunidades Autônomas (CCAA). Na prática, a distribuição efetiva do poder ocorre entre governo central e CCAA e, aos municípios e à província, cabem responsabilidades restritas, ainda que em grau variável entre as CCAA, dependendo das definições nos Estatutos de Autonomia de cada uma delas. O processo de transferência de competências estendeu-se entre os anos de 1979 a 2002.[246]

Em 1986, a Espanha ingressou na Comunidade Europeia e no mesmo ano foi aprovada a Lei Geral de Saúde (*Ley General de Sanidad*), que promove a reforma sanitária, mediante processo gradual, responsável por integrar diversos subsistemas sanitários públicos existentes, e consolida o *Sistema Nacional de Salud* (SNS). Esse sistema, baseado no modelo britânico beveridgiano, integra um conjunto de serviços de saúde do governo central e das dezessete Comunidades Autônomas (CCAA). [247]

Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, n.11, p.1-19, nov. 2014.

[245] TANAKA, Oswaldo Yoshimi; OLIVEIRA, Vanessa Elias de. Reforma(s) e Estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. **Saúde e Sociedade**, v.16, n.1, p.7-17, jan./abr., 2007.

[246] AGRANOFF, Robert; RAMOS, Juan Antonio. *La evolucíon hacia una democracia federal en España: un examen del sistema de relaciones intergubernamentales*. In: AGRANOFF, Robert; BAÑON i MARTINEZ, Rafael. (Org.). ***El Estado de las Autonomías: hacia um nuevo federalismo*?** Bilbao: Instituto Vasco de Administración Pública, 1998. p. 55-103.

[247] JUAN, José Joaquín O'Shanahan. Situação atual da reforma sanitária na Espanha. In: BUSS, Paulo

No cenário de tendência liberalizante, acrescido de tensões de financiamento ocasionadas pelo elevado déficit público e o excessivo gastos farmacêuticos e pensões, a Espanha lançou a reforma da reforma, no período de 1992 a 1996, em que a gestão e a organização dos serviços constituíram o objeto principal, introduzindo-se novos modelos de gestão. A descentralização política, com a transferência do poder de decisão quanto à formulação, planejamento e regulação da política de saúde, bem como dos serviços, do nível central para os níveis regionais (CCAA), já tinha ocorrido entre os anos de 1981 a 1994. Na esteira das reformas, em 2002, o processo de descentralização sanitária no âmbito fiscal e financeira foi concluído com a transferência plena da responsabilidade pela atenção à saúde para as Comunidades Autônomas (CCAA).[248]

Assim, o financiamento da saúde passou a integrar as transferências gerais da União, sem vinculação, calculadas com base em critérios demográficos e serviços públicos a serem cobertos. Em 2003, a Lei de Coesão e Qualidade do *Sistema Nacional de Salud* (SNS) definiu o Fundo de Coesão para o financiamento dos serviços de atenção à saúde de maior complexidade prestados a cidadãos fora das CCAA de domicílio.[249] Este foi avaliado como um dos mais bem-sucedidos sistemas nacionais de saúde, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMC), sendo referência mundial em fatores como saúde geral da população, igualdade de saúde, resposta às expectativas de saúde das pessoas e da equidade do financiamento do sistema de saúde.

A Espanha apresentou um vigoroso crescimento econômico entre os anos de 2000 e 2007, com taxa média anual de crescimento do PIB de 3,5%, com alto padrão de renda *per capita*. Não por acaso os espanhóis apresentam alta expectativa de vida, entre outras razões, atribui-se isso também ao sistema de cuidados e atenção à saúde. O sistema funciona em dois níveis, o primeiro sendo a atenção básica por meio do médico geral de família, o segundo, atenção especializada, concentrada em hospitais. No país existe um médico para cada 1.500 habitantes, um centro de saúde para cada 15 mil habitantes e um hospital para cada 150 mil habitantes, 90% da população tem um hospital geral, com todas as especialidades próximos à sua residência. Cada área de saúde, com população entre 200 e 250 mil habitantes, tem pelo menos um hospital

Marchiori; LABRA, Maria Eliana (Org.). **Sistemas de saúde: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995, p. 157.

[248] RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban; MARTÍNEZ NAVARRO, Ferran. ***Salud Pública en España: de la edad media al siglo XXI***. Junta de Andalucía, Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de salud, Sevilla, 2008, p.119-121.

[249] PEREIRA, Adelyne Maria Mendes; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira; FREIRE, José Manuel. Descentralização e regionalização em saúde na Espanha: trajetórias, características e condicionantes. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.39, n. especial, p.11-27, 2015.

geral responsável por internações, atenção especializada ambulatorial e serviço de urgências. A maioria dos hospitais permanece na administração pública direta sob contrato-programa de gestão com o Serviço Regional de Saúde da Comunidade Autônoma (CCAA).[250]

É oportuno salientar que cobertura universal exprime um dos componentes do sistema de saúde, juntamente com o financiamento, a força de trabalho, a rede de serviços e os insumos. Entretanto, o Relatório Mundial de Saúde de 2010 da Organização Mundial da Saúde (OMS), denominado "O Financiamento dos Sistemas de Saúde: o caminho para a cobertura universal", gerou polêmica ao lançar o conceito de cobertura universal sustentado na premência de uma reorientação na área da saúde no momento global de crises econômicas, exigências crescentes para cuidados à saúde, envelhecimento da população, utilização de tecnologias onerosas, e enfermidades crônicas. Neste documento, defende-se o desenvolvimento de sistemas alternativos de financiamento da saúde para atingir a cobertura universal, ou seja, "a garantia de que todas as pessoas obtenham serviços de saúde de boa qualidade quando assim necessitarem, sem que sofram danos financeiros em seu pagamento". [251]

Essas pretensões hegemônicas em escala mundial dos que defendem a cobertura universal, adverte Asa Ebba Cristina Laurell, têm como motivação o fato de que há diferentes fontes de financiamento nos sistemas de saúde, e como há probabilidade de ocorrer riscos financeiros, como na crise de 2008, haveria maior quantidade de pessoas cobertas com algum plano ou seguro de proteção, com maior participação dos capitais privados. Assim, defendem a utilização de mecanismos de pré-pagamento e distribuição de risco, com base em pagamentos compulsórios distribuídos ao longo da vida do individuo; já a responsabilidade do Estado estaria restrita aos mais vulneráveis. Todavia, estas razões revelam a transferência de responsabilidade do Estado para o indivíduo pelos custos oriundos da proteção à saúde, e implicam no fortalecimento da iniquidade dentro das sociedades.[252]

A crise financeira de 2008 promoveu profundos impactos nas economias dos países ocidentais, recaindo acentuadamente sobre os países europeus. Para enfrentar os desdobramentos da crise, a União Europeia propôs políticas de austeridade

---

[250] REPULLO LABRADOR José Ramom. *La sostenibilidad de las prestaciones sanitarias públicas*. In: PRESNO LINERA, Miguel Angel (Ed.). ***Crisis económica y atención a las personas y grupos vulnerables***. Oviedo: Universidad de Oviedo, 2012, p. 132-62.

[251] Organização Mundial da Saúde. Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal. Relatório mundial de saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2010, p. 22.

[252] LAURELL, Asa Ebba Cristina. Políticas de saúde em conflito: seguro contra os sistemas públicos universais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, p. 1-8, 2016.

fiscal que restringiram a receita pública dos setores sociais e provocaram mudanças na organização dos sistemas de saúde. Com isso, suscitou-se a questão da cobertura universal, a qual está sendo usada, em alguns países, para direcionar suas políticas de saúde para o mercado privado. Nessa perspectiva, verifica-se, a partir de 2009, a tendência de gastos públicos decrescente nos países afetados com a crise. Em outras palavras, a pressão econômica sobre os sistemas nacionais de saúde apresentou-se como oportunidade por governos conservadores para aprofundar medidas restritivas, ampliar o espaço do mercado e competição e reduzir a intervenção estatal.

A Inglaterra, um dos países duramente afetado com a crise financeira, teve como desdobramento o aumento do déficit do *National Health Service* (NHS), o que impulsionou a aprovação pelo Parlamento Britânico do *Health and Social Care Act* 1, de 2012, como uma das medidas das políticas de austeridade para consolidar o orçamento. O Ato Parlamentar regulamentou a reforma do NHS, com cortes de gastos e acentuada tendência de privatização de serviços. Embora a reforma não tenha modificado de imediato o acesso à atenção à saúde, fez uma ampla reorganização em relação aos recursos humanos e financeiros, além de aumentar os procedimentos pagos e privatizar alguns serviços. O financiamento da atenção à saúde permanece público, mas o serviço deve ser prestado em um mercado competitivo por meio de contratualização de prestador qualificado competitivo, incentivando o uso privado de serviços de saúde.[253]

O mercado da saúde na Inglaterra amplia-se e converge para um sistema público híbrido com instituições estatais e de serviços privados, paulatinamente, destinando recursos públicos às entidades privadas. Aproximadamente 12% da população tem plano de saúde, os seguros médicos privados (PMI). Contudo, vale destacar que *National Health Service* (NHS) continua o provimento da atenção à saúde de forma universal, com financiamento público, sem pagamento no ato da utilização, e permanece como referência internacional, reconhecido como um dos sistemas de saúde estatais mais eficientes e acessíveis do ocidente, e orgulho social dos ingleses.[254]

A Espanha, por sua vez, teve redução moderada nos gastos no setor de saúde até 2011, mas os efeitos recessivos da crise causaram alteração na configuração do *Sistema Nacional de Salud* (SNS). O novo regulamento, o Real Decreto-Lei n. 16, de abril de 2012, motivado para preservar a sustentabilidade do SNS, trouxe mudanças

[253] JONES, Lorelei; EXWORTHY, Mark; FROSINI, Francesca. *Implementing market-based reforms in the English NHS: bureaucratic coping strategies and social embeddedness*. ***Health Policy***, n.111, 2013, p.52-59.

[254] FILIPPON, Jonathan; GIOVANELLA, Ligia; KONDER, Mariana; POLLOCK, Allyson M. A "liberalização" do Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra: trajetória e riscos para o direito à saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v.32, n.8, p.1-15, ago. 2016.

nas regras de inclusão, alterando o modelo sanitário de Seguridade Social, beveridgiano, para o de seguro social, bismarckiano. No seu artigo terceiro, define que ao assegurado, trabalhadores afiliados à Seguridade Social, pensionistas do sistema e beneficiários de prestações periódicas como o subsídio desemprego, serão garantidos assistência à saúde pública gratuita. O Real Decreto n. 1192[255], de 2012, que regula a condição de assegurado e de benificiário do SNS, amplia o rol de pessoas excluídas da assistência à saúde pelo sistema público espanhol. Ficam excluídos os imigrantes ilegais, os indivíduos que recebem mais de cem mil euros anuais, os residentes de mais de 25 anos sem qualquer inscrição na Seguridade Social, por nunca ter contribuído à Previdência Social, com exceção das crianças, menores de 18 anos, mulheres na gravidez, parto e pós-parto. Entretanto, Josep Ramon Fuentes i Gasó e Fernando García Rubio asseveram que as diferentes Comunidades Autônomas (CCAA) não têm aplicado na prática os cortes das determinações do Real Decreto-Lei n. 16, de 2012.[256]

As medidas de orientação liberalizante do Real Decreto-Lei n. 16, de 2012 implicaram a fragmentação da prestação dos serviços de saúde em assistência básica, suplementar e acessória. A assitência básica tem financiamento público, compreendendo prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e transporte de urgência. Já a suplementar, que abrange a assistência farmacêutica, de ortopróteses, produtos dietéticos e transporte não urgente, e a acessória, consideradas como um conjunto de serviços e técnicas não essenciais ou apoio ao tratamento de patologias crônicas, demandam copagamento no momento do atendimento.[257]

Países como Itália, Portugal e Grécia foram estimulados a promover reformas sanitárias assentas no modelo beveridgiano entre as décadas de 1970 e 1980. A Itália aprovou em 1978 a Lei de Reforma Sanitária, e criou o *Servizio Sanitario Nazionale* (SSN), regulamentado por meio da Lei 833, de 1978, que introduziu a universalização dos cuidados à saúde, em substituição a um sistema de saúde anterior fragmentado em mais de 100 operadoras de planos e seguros de saúde. Na década de 1990, orientou-se pela contensão de despesas, na percepção sobre a sustentabilidade

---

[255] O Real Decreto n. 1192, de 2012, derroga o Real Decreto, de 1989, que estendia a cobertura da assistência da Seguridade Social a todas as pessoas sem recursos econômicos suficientes. Ministerio de *Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud. Boletin Oficial del Estado*, 2012, 4 ago.

[256] FUENTES i GASÓ, Josep Ramon; GARCÍA RUBIO, Fernando. ***La responsabilidade de las Administraciones Públicas tras la nueva Ley de Régimen Jurídico del Sector Público: cuatro estúdios***.Barcelona: Atelier, 2017, p.104.

[257] ABELLÁN PERPIÑAN José Maria; SÁNCHEZ MARTINEZ, Fernando; MARTINEZ PÉREZ, Jorge; MÉNDEZ MARTINEZ, Ildefonso. ***El sistema sanitario público en España y sus comunidades autónomas: sostenibilidad y reformas***. Bilbao: Fundación BBVA, 2013, p.261.

do sistema e da garantia do direito à saúde, e realizou reformas com mudanças substanciais, introduzindo o sistema de coparticipação. O Estado e alguns indivíduos compartilhariam o custo caracterizando uma coparticipação dos custos da atenção à saúde, considerando o rendimento familiar. Nos dados do Relatório da OMS de 2014, os gastos públicos em saúde na Itália correspondem a 77,2% do total gasto no setor.[258]

Portugal promulgava, em 1979, a Legislação do Serviço Nacional de Saúde que instituiu o Serviço Nacional de Saúde (SNS), de orientação para a unificação do sistema, e assenta-se no princípio da gratuidade, da gestão descentralizada, e da participação do setor privado em caráter suplementar. Todavia, as dificuldades de implementação e o subfinanciamento conduziram a constantes mudanças. Entre 2002 e 2004 foram implementadas medidas que reforçaram o sistema de saúde misto, com base nos pressupostos de complementaridade entre o setor público, social e privado.[259]

A Grécia, por sua vez, ingressou na União Europeia em 1981 e, dois anos depois instituiu o Sistema Nacional de Saúde (*Ethniko Systima Ygeias)* com princípios de universalidade e equidade, com o intuito de unificar os 300 fundos de seguros sociais que financiavam o sistema de saúde. A reforma foi implementada parcialmente, sem que o sistema tenha se tornado universal. Em 2011, a criação da Organização Nacional de Serviços de Saúde (EOPYY) pretendia assistir trabalhadores, dependentes e pensionistas, mas os planos foram frustrados em decorrência do agravamento da séria crise econômica no país.[260]

Em outro contexto, os Estados Unidos, caso paradigmático do modelo liberal de proteção social, com ofertas de serviços de cuidados a saúde predominantemente privados, tradicionalmente só financia recursos públicos à parcela da população comprovadamente excluída do acesso aos serviços de saúde pela lógica do mercado, por meio dos programas instituídos pelo presidente Lindon Johnson, em 1965. Na área de atenção à saúde, o *Medicaid*, que conta com financiamento fiscal e é administrado pelos governos estaduais, e o *Medicare*, de caráter contributivo, cujo objetivo consiste em viabilizar o acesso dos idosos aos serviços de saúde.[261]

---

[258] LEVAGGI, Rosella. *Il ticket per le prestazioninella riforma del sistema sanitario*. ***Rivista di diritto finanziario e scienza delle finanze***, Pavia, v. 58, n. 4, p. 475-491, 1999.

[259] VARELA, Raquel; GUEDES, Renato (Coord.). **História do Serviço Nacional de Saúde em Portugal: a saúde e a força de trabalho, do Estado Novo aos nossos dias**. Lisboa: Instituto de História Contemporânea – FCSH/UNL, 2016, p.40.

[260] SERAPIONI, Mauro. **Crise econômica e desigualdades nos sistemas de saúde dos países do Sul da Europa.** Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.33, n.9, p.1-14, 2017.

[261] FAVERET FILHO, Paulo; OLIVEIRA, Pedro Jorge. A universalidade excludente: reflexões sobre a tendência do sistema de saúde. **Planejamento e Políticas Públicas**, Ipea, n.3, p. 139-162, jun. 1990.

Em 2010, o presidente americano Barack Obama redirecionou a proteção social à saúde, sancionando a Lei de Proteção e Cuidado ao Paciente, o *Patient Protection and Affordable Care Act* (PPACA),[262] conhecida como Obamacare, que criou um sistema de obrigatoriedade, que exige que praticamente todo cidadão adquira um seguro de saúde, precisando ou não, sob pena de pagamento de multa (*individual mandate*) de noventa e cinco dólares, em 2014. A ideia consiste em que todos os cidadãos paguem por plano de saúde básico, para todos estarem cobertos no caso de precisarem de internações e procedimentos médicos. Para isso, o governo lançou o *Health Insurance Exchange Pool*, um grupo de provedores de seguros,[263] no qual o cidadão escolhe o seguro mais adequado às suas necessidades, e impôs às seguradoras a aceitação de qualquer interessado. Também concede benefícios tributários às famílias que estejam logo acima da linha de pobreza e participem dos programas *Medicare* e *Medicaid*, como forma de compensação pela aquisição do seguro. [264]

Contudo, o sucessor de Barak Obama, o presidente Donald Trump (2017-2020) cumpriu uma das suas principais promessas eleitorais em por fim ao chamado Obamacare e assinou um decreto executivo que enfraqueceu o seguro saúde mais protetivo aos cidadãos americanos. O sistema permanece vigente, mas engessado, por isso o presidente Trump enviou ao Congresso para que os parlamentares encontrem alternativas ao sistema de saúde. Em decisão bipartidária, os congressistas resolveram manter o pagamento dos subsídios pelos próximos dois anos.[265]

Na América do Sul, as reformas estruturais empreendidas na saúde nas décadas de 1980 e 1990 seguiram as diretrizes neoliberais do Banco Mundial na condução do projeto de desenvolvimento para os países da região, favorecendo maior participação do setor privado na oferta de serviços de saúde. O Chile interrompeu o caminho em direção ao universalismo na saúde com a reforma realizada em 1981, e

---

[262] *Congress of the United States of America. Patient Protection and Affordable Care Act Congress of the United States of America*. 2010. Disponível em: <https://democrats.senate.gov/pdfs/reform/patient-protection-affordable-care-act-as-passed.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2017.

[263] A Lei de Proteção e Cuidado ao Paciente*,* o *Patient Protection and Affordable Care Act* (PPACA), Estabelece alguns os requisitos para as seguradoras, quais sejam: estão obrigadas a inserir nos contratos tratamento para: saúde mental, doenças crônicas, doenças associadas à dependência, além de oferecer internamentos, emergências, assistência e cuidados preventivos, exames, vacinas, métodos contraceptivos. Cf.: *Congress of the United States of America. Patient Protection and Affordable Care Act Congress of the United States of America*. 2010. Disponível em: <https://democrats.senate.gov/pdfs/reform/patient-protection-affordable-care-act-as-passed.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2017.

[264] SANTIAGO, Marcus Firmino. PERIUS, Raul Nero; ARAÚJO, Cláudio Marcelo. O Obamacare e o Conservadorismo constitucional**. Revista Jurídica Luso-Brasileira,** ano 2, n. 6, p. 1023-1051, 2016.

[265] BRIGATTO, Beatriz Fernanda; FÁVARO, Isabela Lela; BRITO, Deborah Cristiane Domingues de. SUS: Garantia a um Direito fundamental. **Linhas Jurídicas**, v.9, n.12, p. 170-185, 2017

passou a financiar o sistema de saúde com impostos gerais, contribuições obrigatórias sobre a folha de salários e copagamentos. Os outros países também seguem o sistema de saúde no qual coexiste o financiamento público, privado e de seguro social, numa estrutura com elevado grau de fragmentação e estratificação, com insuficiente integração e coordenação entre os diversos subsistemas. [266]

O Brasil caminhou na contramão da política neoliberal, sendo a exceção na América do Sul, resistiu à Reforma do Banco Mundial, conhecida por ter influenciado a adoção do modelo de seguro, que favoreceu e fortaleceu mundialmente os seguros de saúde privados. Para Asa Ebba Cristina Laurell, essa reforma desafiou a ideia do direito à saúde como um direito humano e social, ao mesmo tempo que conduziu a saúde para a mercantilização.[267]

Em uma breve síntese, pode-se afirmar que o desenvolvimento tem forte relação com a saúde e que os indicadores da saúde retratam o nível de desenvolvimento econômico de uma região. Nesse sentido, observa-se que os governantes do Brasil buscaram atingir o desenvolvimento econômico e social, especialmente a partir da segunda metade do século XX. No período entre 1950 e 1979, a pauta se manteve na ideia de modernização com a política de substituição de importações, período em que a trajetória de desenvolvimento engendrou uma das maiores taxas de crescimento do mundo, embora com desigualdades regionais internas das mais expressivas do mundo. A partir da segunda metade da década de 1970, o esgotamento do milagre econômico, a crise internacional do petróleo e a elevação das taxas de juros tomaram corpo e paralisaram a economia brasileira na década seguinte. Desse modo, a estagnação econômica, o retrocesso da estrutura industrial, a crise da dívida externa, que resumem o ambiente econômico dos anos de 1980, frustraram qualquer expectativa de desenvolvimento. Entretanto, no final da década, marcada por lutas pela redemocratização e Reforma Sanitária, triunfam a democracia e a consagração do direito à saúde como direito fundamental na Constituição de 1988. O ambiente econômico do início da década de 1990, com a crise fiscal, a globalização e a inserção do Brasil na economia mundial, somado ao político, com a adoção do ideário neoliberal e a reforma administrativa, não impediu a criação e a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), o arranjo institucional para efetivar a política de saúde.

---

[266] DRAIBE, Sônia M América Latina na encruzilhada: uma nova agenda social no alvorecer do século XXI? In: DRAIBE, Sônia M.; RIESCO, Manuel. ***El Estado de bienestar social en América Latina: una nueva estrategia de desarrollo***. Madrid, España: Fundación Carolina, CeALCI, 2009, p.410-424.

[267] LAURELL, Asa Ebba Cristina. Políticas de saúde em conflito: seguro contra os sistemas públicos universais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, p. 1-8, 2016.

A construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido um dos mais importantes legados da democratização no país. Importantes melhorias no que diz respeito à promoção da saúde e redução das vulnerabilidades sociais foram alcançadas desde sua criação. Não foi pequena a conquista de assegurar a cada cidadão brasileiro serviços de saúde gratuitos, em níveis primário, secundário e terciário, financiados pelo pagamento de impostos, num contexto político e econômico adverso. O SUS constitui-se na maior e mais inclusiva política pública construída no Brasil, pois oferece de forma universal atenção à saúde em tudo que envolve o ser humano, como ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

Ademais, o Sistema Único de Saúde (SUS) coexiste com o setor privado, herança do contexto das décadas de 1970 e 1980, denominado pela Constituição de 1988 de suplementar ao sistema público e integrado pelas seguradoras de saúde, cooperativas médicas e empresas de medicina de grupo. A Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, estabeleceu a gratuidade das ações e serviços de saúde ficando preservada nos serviços públicos contratados, ressalvando as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com entidades privadas.[268]

Apesar das dificuldades do financiamento e das estruturas administrativas precárias e complexas, o sistema mantém-se em funcionamento. As despesas crescentes em decorrência do aumento das necessidades bem como as demandas por novas tecnologias e medicamentos são desafios consideráveis ao sistema, mas certamente não implicam qualquer óbice ao seu desempenho, desde que feita uma gestão eficiente e igualitária.

3.4 Os serviços de saúde e a singularidade da natureza dos hospitais universitários como referência do SUS

As estruturas orgânicas públicas e privadas de atenção à saúde que compõem os sistemas de saúde contemporaneamente expõem as questões preocupantes que afetam a saúde e o bem-estar e comprometem o desenvolvimento das nações, tanto no que que diz respeito ao indivíduo como ao coletivo das populações. A sociedade, composta pelo governo, mercado e comunidade, constrói seu sistema de

[268] PIVETTA, Saulo Lindorfer. **Direito Fundamental à Saúde: Regime jurídico, políticas públicas e controle judicial**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014, p.165.

saúde ao longo do tempo e se organiza em razão da importância quando toma para si a responsabilidade pela saúde do conjunto da sua população.[269]

Não se pode esquecer o importante avanço de introduzir o conceito ampliado de saúde no texto constitucional em 1988, como direito de cidadania e dever do Estado, refletindo a conquista social do povo brasileiro e estabelecendo os alicerces do SUS. O projeto social mais amplo e democrático, comprometido com a superação das desigualdades sociais, com a equidade em saúde e participação social nas políticas e estratégias de saúde. No conceito enriquecido de saúde que não mais se define por ausência de doenças, mas que institui, como forma de prover a todos os cuidados de prevenção de doenças, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção, cura e reabilitação. E constrói vínculos indissolúveis com a democracia e com a qualidade de vida da população, expressa por diversos fatores que envolvem a alimentação, o trabalho, o nível de renda, a educação, o meio ambiente, o saneamento básico, a vigilância sanitária e farmacológica, a moradia, o lazer, entre outros. Como dispõe o artigo 3° da Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, ao reconhecer que os níveis de saúde da população revelam a organização social e econômica do país. [270]

Os sistemas de atenção à saúde são organizações construídas para responder às necessidades de saúde da sociedade. Assim, a organização da atenção à saúde expressa os princípios e a lógica que estruturam o modelo que produz um padrão de respostas do sistema, frente às necessidades de saúde. Dessa forma, o SUS materializa a concepção ampliada de saúde, garantindo o direito à saúde, por meio do acesso, adotando o modelo de atenção à saúde, com um núcleo comum para todo o país, assentado nos princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade nos serviços e ações e nos princípios organizativos da descentralização dos serviços, da regionalização e da hierarquização da rede e da participação social.[271]

Ao longo de quase três décadas da criação do SUS, muito se avançou, assim não se discute a transformação social conquistada pela luta dos atores sociais na

---

[269] GIOVANELLA, Lígia; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, Lígia, et al (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, p. 218.

[270] BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm>. Acesso em: 10 set. 2017.

[271] COSTA, Ana Maria; VIEIRA, Natália Aurélio. Participação e controle social em saúde. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, v. 3, 2013, p. 237-271.

construção do sistema público de saúde no Brasil de acesso universal, com cobertura integral e equânime. Embora o SUS tenha origem em um corpo de ideias desafiadoras, as bases de sustentação estavam assentadas numa realidade que, logo após, mostrou sinais de esgotamento. A implementação do SUS, além de expressar as conquistas de uma geração que acalentou os valores da equidade e da democracia, teve na sua trajetória histórica a marca do trabalho militante dos intelectuais sanitaristas, que conseguiram gravar nos seus pilares a solidez do marco teórico e conceitual. Contou também com o movimento municipalista, cujo protagonismo ampliou as bases políticas do projeto da Reforma Sanitária, em defesa da integralidade da atenção e do compromisso com as necessidades e problemas de saúde da população.[272]

O modelo de atenção à saúde, configurado na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, visa à concretização e ao fortalecimento dos princípios e diretrizes do SUS, preconiza a integralidade dos cuidados à saúde, garante o acesso aos serviços de saúde de maneira regionalizada e descentralizada, por meio de ações planejadas e avaliadas, voltadas às necessidades individuais ou coletivas, que respeitem as diferentes necessidades e problemas de saúde locais e regionais. Todavia, a implementação desse modelo no sistema de saúde brasileiro tem sido uma tarefa desafiadora, em larga medida pela complexidade dos processos de negociação, pactuação e coalizão no tocante às deliberações e tomadas de decisões, envolvendo os Estados, o Distrito Federal e os municípios, entes com autonomia e responsabilidades compartilhadas de poder.[273]

Cabe reconhecer que o modelo de atenção à saúde não é uma forma de organizar os serviços de saúde, tampouco um modo de administrar (gestão ou gerenciamento) o sistema e os serviços. Modelos de atenção à saúde são combinações tecnológicas estruturadas para a resolução de problemas e para o atendimento das necessidades da população, sejam elas individuais ou coletivas. É uma maneira de organizar os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas ou processos de trabalho em saúde, que corresponde à dimensão técnica das práticas de saúde.[274]

---

[272] PESTANA, Marcos. Apresentação da Primeira Edição. In: MENDES Eugenio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. 2.ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011, p.11.

[273] GIL, Célia Regina Rodrigues; MAEDA, Sayuri Tanaka. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: SOARES, Cássia Baldini; CAMPOS, Célia Maria Sivalli (Org.). **Fundamentos de Saúde Coletiva e o Cuidado de Enfermagem**. Barueri: Manole, 2013, p. 325-348.

[274] PAIM, Jairnilson Silva. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. ANVISA – Seminários Temáticos Permanentes. Brasília: 28 mar. 2001, p.7-8.

É relevante observar que existem duas expressões utilizadas com o mesmo significado, Atenção Básica à Saúde (ABS) e Atenção Primária à Saúde (APS), para designar a porta de entrada para o conjunto de ações que envolvem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Embora o SUS tenha assumido o termo Atenção Básica à Saúde (ABS) na regulamentação de suas normas operacionais básicas, a crescente tendência aponta para a utilização da expressão Atenção Primária à Saúde (APS) com forte influência do amadurecimento acadêmico da medicina de família no país.[275]

Cabe frisar que no Brasil, como em muitos outros países, atenção à saúde está ordenada em níveis de atenção, que são a básica (primária), a de média complexidade e a de alta complexidade. A Atenção Primária à Saúde (APS), exercida atualmente em várias regiões do mundo, predominantemente por um médico generalista, expressa atividades de saúde pública na atenção ambulatorial não especializada ofertada por meio de unidades de saúde de um sistema, que se caracteriza pelo desenvolvimento de um conjunto diversificado de atividades clínicas de baixa densidade tecnológica, a uma população definida. De acordo com a definição original da Conferência de Alma Ata, atenção primária de saúde consiste na assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticos, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, posta ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade pela sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas e cada etapa do seu desenvolvimento, com um espírito de autorresponsabilidade e autodeterminação.[276]

Importante destacar que os modelos de Atenção Primária à Saúde (APS) apresentam, em comum, dois elementos que são a comunidade e a família, e a competência cultural, que considera as necessidades familiares em razão do contexto físico, econômico e cultural. Este sistema é realizado a partir da conformação de equipes multiprofissionais, em geral compostas por médicos, enfermeiros e auxiliares/técnicos de enfermagem. Em coerência à concepção abrangente de atenção primária à saúde e ao componente comunitário expresso, a participação social consiste em elemento central nos processos. A atenção primária à saúde tem como característica a prestação

---

[275] MELLO, Guilherme Arantes; FONTANELLA, Bruno José Barcellos; DEMARZO, Marcelo Marcos Piva. Atenção básica e atenção primária à saúde: origens e diferenças conceituais. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 204-213, 2009.

[276] RIVERO, DAT. Alma ata: 25 anos *después.* ***Revista Perspectivas de Salud. La revista de la Organizacion Panamericana de la Salud*****;** v. 8, n. 1, 2003.

dos serviços em centros e postos de saúde sob gestão municipal. Na maior parte dos casos, atenção primária à saúde é afirmada como porta de entrada preferencial e filtro para a atenção especializada.[277]

Dessa maneira, o sistema público brasileiro de atenção à saúde organiza-se, segundo suas normativas, em atenção primária, atenção de média e de alta complexidade. O modelo de atenção e a forma organizativa do SUS se estruturam em rede (integração dos serviços interfederativos) regionalizada (região de saúde) e hierarquizada (níveis de maior ou menor complexidade de ações e serviços de saúde), como determinam os artigos 7º e 8º, da Lei 8.080/90, e tem inspiração no modelo com base no Relatório de Bertrand Dawson, preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).[278]

O Relatório de Bertrand Dawson, publicado em 1920, resultou do debate sobre mudanças no sistema de proteção social no Reino Unido depois da Primeira Guerra Mundial. O documento apresenta a proposta de um sistema de saúde integrado, organizado em uma rede hierarquizada e regionalizada de serviços de saúde, por níveis de complexidade crescente e sob uma base geográfica definida para atender às necessidades da população de forma eficaz. Divide o sistema de saúde em três níveis: o primário, que caracterizaria a delimitação de um distrito, com atenção baseada em necessidades locais, desenvolvida por um médico generalista que promoveria ações de prevenção de doenças e recuperação da saúde; o secundário, com especialistas atuando em ambulatórios; e o terciário, com especialistas vinculados à atenção hospitalar. Essa concepção tem sido fonte inspiradora para a construção dos sistemas nacionais de saúde, como o Serviço Nacional de Saúde britânico, o *National Health Service* (NHS), e o Sistema Único de Saúde (SUS).[279]

No Brasil, convivem diferentes modelos de estruturação dos cuidados primários. O Programa Saúde da Família (PSF), criado pelo governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, em 1994, inicialmente voltado para estender a cobertura assistencial em áreas de maior risco social, pouco a pouco adquiriu notoriedade e passou a centralizar a agenda governamental. Desde 1999, é considerado pelo Ministério da Saúde como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de

---

[277] ESCOREL, Sarah; GIOVANELLA, Lígia**;** MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de**;** SENNA, Maria de Castro Maia. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. ***Pan American Journal of Public Health,*** v.21*,* 2007*,* p. 164–176.

[278] MENDES Eugenio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. 2.ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

[279] LAVRAS, Carmem. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n.4, p.867-874, 2011.

saúde na solução para a adequação dos serviços às necessidades de saúde da população e como possibilidade de avanço na construção e fortalecimento do SUS democrático. Em 2003, o Programa Saúde da Família (PSF) foi designado pelo governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva como Estratégia Saúde da Família (ESF) por se apresentar como eixo estruturante do processo de reorganização do sistema de saúde, alicerçando-se na Atenção Primária à Saúde (APS), como contato preferencial do usuário, de modo a favorecer a articulação efetiva com os demais níveis de organização.[280]

A implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil faz parte de um caminho global de reorganização dos serviços de saúde, preconizado pelas agências internacionais de saúde, que converge para a concepção de modelos de Atenção Primária à Saúde (APS) como forma de redução da utilização de leitos dos hospitais e pela consequente redução dos gastos hospitalares. Nessa perspectiva, a organização do SUS considera que as doenças mais comuns da população, em grande parte dos casos, podem ser tratadas de forma mais eficaz e menos custosa por serviços Atenção Primária à Saúde (APS), como as Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou as Unidades de Saúde da Família (USF), sob gestão municipal. E assim sendo, a Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha papel estratégico no SUS, já que se apresenta como a principal ligação entre o sistema e a população, procurado regularmente a cada vez que o paciente precisa de atenção em caso de adoecimento ou para acompanhamento rotineiro de sua saúde. Identificada, assim, como fonte regular de cuidados, já que a população a reconhece como referência habitual para o atendimento da maioria das suas necessidades de saúde. Ademais, desempenha uma importante tarefa de potencializar a integralidade, continuidade, eficiência e eficácia do sistema de saúde.[281]

Por sua vez, os atendimentos que demandam ações e procedimentos especializados com maior densidade tecnológica, de média ou de alta complexidade ambulatorial e hospitalar, devem ser encaminhados para os níveis secundário e terciário de atenção à saúde, pois são serviços relevantes para a garantia da resolutividade e da

---

[280] FERTONANI, Hosanna Pattrig; PIRES, Denise Elvira Pires de; BIFF, Daiane; SCHERER, Magda Duarte dos. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência Saúde Coletiva**, v.20, n.6, p.1869-1878, jun. 2015.

[281] GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVELLA, Lígia, et al (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2.ed. rev. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, p.583.

integralidade da assistência ao cidadão. E sendo assim, constituem de referência especializada regional e estadual para a rede de atenção básica de saúde municipal.[282]

Vale destacar que esse modelo de Atenção Primária à Saúde (APS), preconizado pelo Ministério da Saúde para integrar e articular o sistema de saúde brasileiro em todos os Estados, municípios e Distrito Federal, tem como estratégia a superação da fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde. A atenção integral depende de uma rede articulada de tal forma que os problemas apresentados pelos indivíduos possam ser abordados em todos os níveis de assistência necessários para sua solução e que o acesso a estes diferentes níveis seja harmonioso e ágil. Da mesma maneira, para que uma atenção integral seja garantida, os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) devem assumir a responsabilidade pela coordenação. A coordenação consiste em fator essencial da atenção primária, implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção (atenção ininterrupta) no interior da rede de serviços.[283]

O fato é que na busca de assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços de que necessita, foi aperfeiçoado o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da construção da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Composta por pontos de atenção, como os domicílios, unidades básicas de saúde, unidades ambulatoriais especializadas, centros de apoio psicossocial, residências terapêuticas, essa rede tem sido implementada buscando interligar a prestação de serviços em todos os níveis e em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). O contexto é desafiador, pois essa construção de sistemas integrados de saúde que se articulam em todos os níveis de cuidado da saúde e de forma interfederativa visa a ser mais harmoniosa possível.

Em razão dos debates intensificados pelo Pacto pela Saúde, em 2006, da Política Nacional de Atenção Básica, de 2006[284], e pelo Decreto n. 7.508, de 28 de

---

[282] FERTONANI, Hosanna Pattrig; PIRES, Denise Elvira Pires de; BIFF, Daiane; SCHERER, Magda Duarte dos. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência Saúde Coletiva**, v.20, n.6, p.1869-1878, jun. 2015.

[283] GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVELLA, Lígia, et al (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2.ed. rev. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, p.585.

[284] O Ministério da Saúde editou a Política Nacional de Atenção Básica pela Portaria Ministerial n. 648/GM, de 28 de março, na qual ampliou o escopo e a concepção da atenção básica ao incorporar os atributos da atenção primária à saúde abrangente, colocando-a como porta de entrada preferencial do SUS e ponto de partida para estruturação dos sistemas locais de saúde. Nesse sentido, reorientou as funções das Unidades Básicas de Saúde (UBS), estabelecendo diferentes modalidades, segundo o modelo de atenção predominante, tais como UBS com ou sem PSF, além de uniformizar o processo de trabalho da equipe multiprofissional e legitimar a expansão do processo de educação permanente dos profissionais da atenção básica. C.F.: GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. **Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?** Rio de Janeiro: CEBES, 2012, p.56.

junho de 2011, que regulamentou a Lei n. 8.080, de 1990, os esforços foram direcionados para a edificação de um modelo de atenção capaz de responder às atuais condições de saúde dos brasileiros e efetivar a Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo estruturante e coordenador das Redes de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, cujo objetivo é garantir o acesso da população às ações e serviços de saúde de maior complexidade com a regionalização dos serviços[285], cumprindo, assim, a determinação constitucional de que o SUS deve ser formado por uma rede regionalizada e que as Regiões de Saúde devem se organizar para ofertar, no mínimo, ações de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde, explicitando a complementariedade entre essas ações para garantir, minimamente, um cuidado integral em tempo oportuno.[286]

Não por acaso, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) têm mostrado evidências, em diversos países, que constituem uma saída para a crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde, por melhorarem os resultados sanitários e econômicos desses sistemas. Pesquisas comprovam que o sistema de saúde com porta de entrada obrigatória reduz custos. Os cuidados da saúde operacionalizados por meio da atenção básica com recursos adequados, realizados pelo médico que presta atenção pessoal em saúde, primária e contínua, aos indivíduos e famílias, atendendo seus pacientes em suas próprias casas, em seu consultório ou, às vezes, até no hospital, demandam custos menores.[287]

A Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabeleceu as diretrizes para a organização dos serviços na Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS. Essa nova configuração do sistema promove a integração do cuidado, pela combinação entre flexibilidade de alocação de práticas e tecnologias coordenadas, na busca da melhoria de alguns mecanismos de gestão que permitem prover os cuidados à saúde de forma contínua à população, levando em consideração o tempo, o lugar, o custo e a qualidade adequados. Definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas, por meio de sistema de apoio

---

[285] CUNHA, Elenice Machado; GIOVENELLA, Lígia. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1029- 1042, 2011.

[286] CARVALHO, André Luis Bonifácio; JESUS, Washington Luiz Abreu; SENRA, Isabel Maria Vilas Boas. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n.4, abr. 2017, p.1155-1164.

[287] SALTMAN, Richard; RICO, Ana; BOERMA, Wienke (Ed.). **Atenção primária conduzindo as redes de atenção à saúde: reforma organizacional na atenção primária europeia**. Brasília: Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.

técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integridade do cuidado, alinhando-se melhor com a estrutura complexa que configura um sistema de saúde, tendo em vista as mudanças ocorridas nas realidades sociais e demográficas em que o país se encontra, em que a predominância das condições crônicas da população vem se acelerando. [288]

Além de integrar os níveis de atenção e fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS), como porta principal de entrada do usuário, as redes se organizam de forma a integrar os pontos de atenção ambulatoriais e hospitalares secundários e terciários, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança. Por outro lado, a concepção vigente na normativa do SUS, de sistema hierárquico do tipo piramidal, formatado segundo as densidades relativas de cada nível de atenção básica, média e alta complexidades, passa a se organizar sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde.

Nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), todos os componentes são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos. São respeitadas as diferenças nas densidades tecnológicas, mas são rompidas as relações verticalizadas, pois o cuidado da saúde é contínuo e de vários profissionais com diferentes especialidades para a solução dos problemas de saúde dos usuários, tendo como centro de comunicação a Atenção Primária à Saúde (APS). As redes interligam os diferentes níveis de complexidades, fazendo valer na APS o trabalho da equipe de saúde da família, tendo continuidade nos demais níveis de complexidade, como os centros de especialidades e hospitais.[289]

Nesse contexto, o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a estrutura organizativa do SUS, aprimorou normativas legais existentes, tais como a retomada da regionalização e a ampliação do papel das Comissões Intergestoras no nível regional. Também institui novos dispositivos como as Regiões de Saúde, o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP), instrumento jurídico que explicita os compromissos pactuados em cada Região de Saúde e fortalece a lógica do Planejamento Integrado, em razão do fomento dos processos de planejamento

---

[288] OUVERNEY, Assis Mafort; NORONHA, José Carlos. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, v. 3, 2013, p.143-182.

[289] MENDES, Eugenio Vilaça. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: CONASS, 2015, p.27.

e programação pactuada, no âmbito regional, entre gestores municipais, estadual e federal.[290]

As Regiões de Saúde são constituídas por conjuntos de municípios que tenham escala suficiente para ofertar, de forma racional, os serviços de atenção primária, secundária (ambulatoriais) e terciária (hospitalares), de apoio diagnóstico e terapêutico, de assistência farmacêutica e de apoio logístico, além do sistema de governança regional dessas redes. Com isso, cabe ressaltar o papel essencial das secretarias estaduais de saúde na coordenação do processo na Região de Saúde, garantindo a efetivação da equidade e a integralidade em saúde pela implementação e articulação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Ademais, o mecanismo formal de contratualização entre os entes reguladores/financiadores e os prestadores de serviço é uma forma de assegurar o compromisso com a melhora de saúde da população, integração e articulação na lógica do funcionamento da rede, com qualidade e eficiência para os serviços e para o sistema.[291]

Nesse ambiente de implementação das redes, exigem-se flexibilidade e olhar dinâmico em relação às possibilidades de recursos e tecnologias existentes. Entre os recursos, destacam-se a adequação das práticas de ensino às necessidades do sistema e a formação de profissionais de saúde, gestores, pesquisadores, professores e estudantes, que superem a prática vigente de estruturação de serviços de saúde que não se comunicam entre si e passem a considerar as relações de interdependência e cooperação entre os diferentes componentes das redes.[292]

A constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), na proposta da Rede de Atenção à Saúde (RAS), representa para os gestores, trabalhadores e usuários do sistema uma nova forma de pensar, estruturar, desenvolver e produzir serviços no cuidado à saúde. Apesar das conquistas, a distância do sujeito nos processos de cuidado e as grandes diferenças entre o que pensam os usuários e os trabalhadores e gestores da saúde têm se configurado como uma grande tensão na construção do modelo de saúde sonhado. Entretanto, não podem ser ignorados os avanços em direção à qualificação de competências dos profissionais de saúde no âmbito das redes

---

[290] CARVALHO, André Luis Bonifácio; JESUS, Washington Luiz Abreu; SENRA, Isabel Maria Vilas Boas. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n.4, abr. 2017, p.1155-1164.

[291] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 31 dez. 2010, p. 89.

[292] NETTO, Luciana; SILVA, Kênia Lara; RUA, Marília dos Santos. Desenvolvimento de competências para a promoção da saúde e mudança no modelo assistencial. **Texto Contexto Enfermagem**, v,25, n. 2, jul. 2016.

de atenção, na incorporação de saberes e tecnologias, assim como nas alterações organizacionais, convergindo em reais modificações nos indicadores e na satisfação dos usuários.[293]

A formação e a qualificação do cuidado nos processos de ensino para os profissionais que atuam na saúde podem ser entendidas como a efetivação de estratégias e ações no enfrentamento das mudanças e desafios gerados no desempenho do trabalho diário nos diferentes espaços do SUS. Embora os profissionais de saúde convivam, diariamente, com um sistema de saúde complexo, sua formação deve estimular e valorizar a participação no atendimento e na solução dos problemas comuns da área da saúde, sem com isso, deixar de lado os avanços tecnológicos. É importante ressaltar que o processo de formação em saúde passou por mudanças significativas, em razão da atual compreensão ampliada acerca dos saberes e competências necessários aos cuidados integrais em saúde.[294]

A contribuição dos Hospitais de Ensino (HE) na formação de profissionais de saúde tem sido fundamental na construção, implementação e fortalecimento do SUS, por servirem de cenário prático para atividades curriculares de cursos da área da saúde, tanto nos hospitais gerais como nos especializados, além de exercerem papel relevante na oferta de procedimentos de média e alta complexidade e de referência para o SUS. Embora os Hospitais de Ensino (HE) tenham sido criados para apoiar a formação de profissionais de saúde de nível universitário, até a década de 1980 o atendimento à população era determinado pelas necessidades do ensino e da pesquisa, restringindo-se às pessoas que não eram credenciadas no Instituto Nacional de Medicina e Previdência Social (INAMPS).[295]

A Portaria n. 357, de 04 de março de 1991[296], unificou sob a mesma denominação de Hospitais de Ensino (HE): os Hospitais Universitários (HU), vinculados e geridos por universidades; Hospitais Escola (HE), vinculados e geridos por Escolas

---

[293] MENDES Eugenio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. 2.ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011, p.69.

[294] MACHADO, Maria Helena; OLIVEIRA, Eliana dos Santos; MOYSES, Neuza Maria Nogueira. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. In: PIERANTONI, Celia; DAL POZ, Mario Roberto; FRANÇA, Tania. (Org.). **O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. 1.ed. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ: Observa RH, 2011, p.103-116.

[295] MEDICI, André Cesar. Hospitais Universitários: passado, presente e futuro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 149-156, abr./jun.2001.

[296] A Portaria Interministerial n. 2.400, de 02 de outubro de 2007, do Ministério da Saúde, que estabelece os requisitos para a certificação dos Hospital de Ensino (HE) ratifica o termo unificado na Portaria do Ministério da Educação n. 357, de 4 de março de 1991. Cf.: BRASIL Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n. 2.400, de 02 de outubro de 2007. Estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 02 out. 2007.

Médicas Isoladas (públicas ou privadas); e Hospitais Auxiliares de Ensino (HAE), hospitais gerais que desenvolvem atividades de treinamento em serviço, curso de graduação ou pós-graduação por meio de convênio com Instituição de Ensino Superior (IES). O fato é que os Hospitais Universitários (HU) são reconhecidos por garantir melhores condições de formação em razão da indissociabilidade entre pesquisa, ensino e extensão.[297]

Dessa forma, os Hospitais Universitários (HU) se caracterizam por serem de propriedade de uma Instituição de Ensino Superior (IES) pública ou privada ou formalmente conveniados a ela; desenvolverem atividades de formação e capacitação de um expressivo número de profissionais de saúde, em nível de graduação e pós-graduação; serem reconhecidos oficialmente como hospitais de ensino, estando submetidos à supervisão das autoridades competentes; atraírem alta concentração de recursos físicos, humanos e financeiros em saúde; exercerem um papel político importante na localidade em que está inserido; e propiciarem atendimento médico de maior complexidade a uma parcela da população. Nas últimas décadas, os Hospitais Universitários (HU), além de desempenharem ações de docência, pesquisa e prestação de serviço à comunidade, passaram a manter funções definidas nos sistemas de saúde e a se subordinar progressivamente à lógica desses sistemas.[298]

A Constituição Federal de 1988, no artigo 200, inciso III, estabelece a competência ao SUS em ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde. Segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais, as Instituições de Ensino Superior devem contemplar na formação dos profissionais da área da saúde o sistema de saúde vigente no País, com ênfase no SUS. A Lei Orgânica da Saúde, Lei n.8.080, de 1990, no artigo 45, incorpora os Hospitais Universitários ao Sistema Único de Saúde (SUS), como hospitais de atenção em nível de maior complexidade, referência na atenção secundária e terciária, assumindo funções definidas e se subordinando progressivamente à lógica do sistema, mediante convênio, preservando sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão. Segundo o Ministério da Saúde, a integração entre ensino e serviço constitui-se como o eixo estruturante da política de formação de recursos humanos na saúde.[299]

---

[297] CISLAGHI, Juliana Fiuza. Hospitais Universitários Federais e novos modelos de gestão: faces da contrarreforma do Estado no Brasil. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (Org.). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011, p.56-63.

[298] ARAÚJO, Kizi Mendonça de; LETA, Jacqueline. Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.4, out./dez. 2014, p.1261-1281.

[299] BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção

Se um sistema de saúde não pode existir sem profissionais qualificados ou do conhecimento gerado por meio da pesquisa, de outra parte, os hospitais, o ensino e a pesquisa dependem das instalações do sistema de saúde como cenário para o seu desenvolvimento e fonte de material clínico. Com isso, cabe destacar a função estratégica dos Hospitais Universitários (HU) como centros de referência e desenvolvimento de recursos humanos nos cuidados em saúde da população brasileira. Como centros de pesquisa e incorporação de novas tecnologias, novos procedimentos e terapias, os hospitais traduzem o conhecimento científico em práticas capazes de incidir sobre a saúde das populações. Assim, os novos conhecimentos fornecem o embasamento científico para atender adequadamente, de forma menos custosa e dirigida, aos problemas específicos, melhorando a saúde e a qualidade de vida dos brasileiros, viabilizando o acesso aos cuidados de média e alta complexidade, imprescindíveis para concretizar a integralidade dos cuidados em saúde.[300]

O Hospital Universitário (HU) atua nas duas pontas da formação do profissional da saúde - na atenção e na gestão. Traz o campo do real, da prática do dia a dia de profissionais, usuários e gestores, sendo fundamental para a solução dos problemas encontrados na atenção à saúde e para a qualificação do cuidado prestado aos usuários do sistema. Ao mesmo tempo, cumpre um papel fundamental na conformação do perfil dos trabalhadores da área da saúde, como espaço privilegiado de aprendizagem durante a formação técnica, de graduação e de pós-graduação.[301]

3.5 Especificações das organizações hospitalares: produção de saúde e campo de treinamento na formação profissional

Ao longo da história, dos primeiros hospitais aos hospitais contemporâneos, a instituição sofreu intensa transformação conceitual e organizacional, associada tanto às mudanças sociais e políticas, como às descobertas científicas e avanços tecnológicos no conhecimento biomédico. A necessidade de assistência social para o

e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm>. Acesso em: 15 set. 2017.

[300] MCKEE, Martin; HEALY, Judith. *The significance of hospitals: an introduction*. In MCKEE, Martin; HEALY, Judith (Ed.). ***Hospitals in a changing Europe***. Buckingham: Open University Press. World Health Organization. European Observatory on Health Care Systems Series, 2002, p. 3-13.

[301] FUERWERKER, Laura Camargo Macruz. CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 965–71, 2007.

tratamento de moléstias ou outro infortúnio aumentou expressivamente, tanto nas populações mulçumanas quanto entre as judias e cristãs, antecedendo a criação dos hospitais, que ocorreu na Idade Média. Os hospitais, cuja etimologia está ligada ao ato de hospedar, desde suas origens caracterizavam-se por seu caráter religioso e como centro social para atendimento à população carente. Acolhiam vítimas de quase todas as mazelas humanas, exceto os acometidos por lepra e sífilis, que tinham prédios específicos.[302]

Os hospitais passaram de locais destinados ao abrigo e atendimento espiritual de pobres, velhos e moribundos a instituições médicas, constituindo-se em espaço terapêutico como bases do hospital moderno, na segunda metade do século XVIII. Segundo Michel Foucault, as mudanças ocorreram no mercantilismo e nos primórdios do processo de industrialização com as transformações econômicas, políticas e sociais. A orientação adotada na organização do espaço hospitalar, naquela época, ainda não era médica, por se configurar na aplicação de técnicas de poder disciplinar e técnicas médicas de intervenção sobre o meio. O século XIX marca o início do conhecimento científico e tecnológico, com avanços e descobertas na física, química e na área biomédica, propiciando à instituição hospitalar uma moderna medicina.[303]

Os hospitais passam a representar o espaço ideal para que os médicos examinem, tratem e investiguem as condições mórbidas, assim como testem novas técnicas e procedimentos terapêuticos, além de formar novos profissionais da área da saúde. Ainda que mantenham a preocupação com os carentes, aos poucos, os hospitais vão se tornando o espaço de demonstração técnica da medicina, cada vez mais medicalizados, e a doença se torna a principal via para o controle social.[304]

A partir da metade do século XX, no pós-guerra, ocorre grande expansão dos hospitais pelo mundo, em razão das altas taxas de crescimento econômico dos Estados Unidos e países europeus e da conformação dos Estados de Bem-Estar Social, nos quais a saúde se constituiu numa dimensão relevante, em especial, com a organização e a implementação de sistemas de saúde, apoiados na expansão da oferta de serviços centrados no modelo hospitalar. O hospital passou a ser o espaço de desenvolvimento e incorporação de tecnologias da indústria médico-assistencial,

---

302 ROSEN, George. **Uma História da Saúde Pública**. São Paulo: Hucitec; EDUESP. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994, p.67-74.

303 FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989, p.102-104.

304 ADAM, Philippe; HERZLICH, Claudine. Saúde, doença e suas interpretações culturais e sociais. In: ADAM, Philippe; HERZLICH, Claudine (Org.). **Sociologia da doença e da medicina**. Tradução Laureano Pelegrin. Bauru: EDUSC, 2001, p. 69-86.

exercendo papel essencial na atenção à saúde, assim como na formação de profissionais.[305]

No Brasil, a história dos Hospitais Universitários (HU) tem marco institucional, em abril de 1808, com a criação da Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro, que, em abril de 1813, se transformou na Academia Médico-Cirúrgica, também instalada no Hospital de Misericórdia. Em 1832, as Academias foram transformadas nas Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia. Em 1898, foi criada a terceira escola de medicina no país em Porto Alegre, Rio Grande do Sul. De 1930 até 1965, foram criadas 28 escolas, na maioria vinculadas ao governo federal, e outras 10 escolas particulares.[306]

Os Hospitais de Ensino (HE) foram fundados na primeira metade do século XX, em Minas Gerais e em São Paulo, sendo que, nas décadas seguintes, dezenas de outros, vinculados às universidades, foram fundados por todo o país. Os Hospitais Universitários (HU) ganharam expressão nas décadas de 1940 e 1950, como serviços de saúde próprios das universidades.[307] Até a década de 1950, as aulas práticas necessárias para a formação dos profissionais da saúde eram desenvolvidas em instituições filantrópicas que cediam seus espaços e pacientes para viabilizar o ensino. Nos trinta anos seguintes, com a proliferação de escolas públicas de medicina, o ensino médico passou a ser desenvolvido em hospitais vinculados àquelas instituições, notadamente as da esfera federal.[308]

A década de 1960 marcou um período de intenso movimento visando à reforma do sistema universitário brasileiro, do qual participaram os docentes, os pesquisadores e o movimento estudantil. Embora a Reforma Universitária tenha expressado um contexto de uma conjuntura mais ampla, a estrutura retrógrada, hierarquizada, excludente e elitista das universidades era inadequada diante das pretensões das políticas de orientações desenvolvimentistas do período após a Segunda Guerra Mundial. A escassez de vagas para ingresso no ensino superior e a incapacidade da universidade em responder à demanda existente pela

---

[305] BRAGA NETO, Francisco Campos, BARBOSA, Pedro Ribeiro, SANTOS, Isabela Soares. Atenção Hospitalar: Evolução Histórica e Tendências in GIOVANELLA, Ligia et al (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2.ed. rev. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p.676-678.

[306] ARAUJO, Kizi Mendonça de; LETA, Jacqueline. Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1261-1281, 2014.

[307] MCKEE, Martin; HEALY, Judith. *The significance of hospitals: an introduction*. In MCKEE, Martin; HEALY, Judith (Ed..). ***Hospitals in a changing Europe***. Buckingham: Open University Press. World Health Organization. European Observatory on Health Care Systems Series, 2002, p. 3-13.

[308] CALDAS JUNIOR, Antonio Luiz. **Crise nos hospitais universitários: estratégias de privatização**. Associação Profissional dos docentes da UFMG, v.18, p.95-110, dez.1999.

profissionalização de um número ampliado de candidatos ao mercado resultaram no movimento em prol da reforma universitária.[309]

Por outro lado, a política de federalização de instituições estaduais e privadas integradas às nascentes universidades federais propiciou um crescimento acelerado do ensino superior público. No período 1945-1965, as matrículas das instituições federais saltaram de 21 mil para 182 mil estudantes, no mesmo período a participação do setor privado se manteve estável, absorvendo 44% do total das matrículas.[310]

A Lei da Reforma Universitária, Lei n. 5.540, de 28 de novembro de 1968, cujo objetivo principal era melhorar a eficiência e a produtividade das instituições públicas, especialmente das universidades federais, também lançou as bases para a mudança de foco do ensino médico até então com base nas cátedras.[311] O poder nas universidades era concentrado de forma explícita nas mãos dos catedráticos. Na percepção de Maria de Lourdes de Albuquerque Fávero, os privilégios do professor catedrático adquiriram uma feição histórica, já que o regime de cátedra era como núcleo ou *alma mater* das instituições de ensino superior. Esse regime ganhou força na Constituição de 1934, e sua vitaliciedade tem previsão na Constituição de 1946, artigo 168. O catedrático era caracterizado como centralizador, acumulava em sua função titulada autoridade acadêmica na definição dos campos de estudo, dos métodos a serem privilegiados e das questões a serem perseguidas, como também concentrava autoridade político-administrativa, com deliberações que evitavam seguir os protocolos clínicos e encaminhamentos. Por essas e outras razões, a extinção do regime da cátedra consta do parecer n.281, de 1967, do Conselho Federal de Educação, na Constituição de 1967 e na organização do ensino superior, pela Lei n. 5.540, de 1968.[312]

A partir da Lei n. 5.540, de 1968, criaram-se os departamentos, em certa medida, inspirados no modelo das universidades americanas, cuja estrutura flexível e descentralizada funcionava articulada em departamentos segundo a ótica dos interesses. Outras medidas foram implementadas na reforma, como sistema de créditos, regime de tempo de trabalho dos docentes, novo sistema de vestibular, cursos

---

[309] RODRIGUES, Marco Antonio; RUFINONI, Priscila Rossinetti. Cyro dos Anjos: modernidade e melancolia. In: RUFINONI, Priscila Rossinetti; Mari, Marcelo (Org.). **Ditadura, modernização conservadora e universidade: debates sobre um projeto de país**. 1.ed. Goiânia: Editora UFG, v. 1, p. 283-297, 2005.

[310] MARTINS, Carlos Benedito. A Reforma Universitária de 1968 e a Abertura Para O Ensino Superior Privado No Brasil. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 30, n. 106, p. 15-35, jan./abr. 2009.

[311] FÁVERO, Maria de Lourdes de Albuquerque. **Universidade brasileira em busca de sua identidade**. Petrópolis, Vozes, 1977.

[312] FÁVERO, Maria de Lourdes de Albuquerque. A Universidade no Brasil: das origens à Reforma Universitária de 1968. **Educa**r, Curitiba, n. 28, p. 17-36, 2006.

de curta duração, ciclo básico e o estabelecimento da indissociabilidade ensino, pesquisa e extensão. Ademais, institucionalizou-se a carreira acadêmica com legislação sobre o ingresso e a progressão docente. Criou-se também uma política nacional de pós-graduação.[313]

Por outra via, o período de prosperidade, conhecido como milagre econômico brasileiro, de 1969 a 1973, que beneficiou principalmente a classe média, permitindo o enriquecimento num processo de concentração da propriedade e de renda, propiciou maior demanda por mais vagas no ensino superior. Nesse cenário de reformas e demanda reprimida, a partir dos anos de 1970, surgiram diversos cursos de medicina no país. No início da década de 1950, o número de escolas de medicina somava-se 13, e nesse curto espaço de tempo até 1971, foram criadas mais 55 novas escolas de medicina. Por conseguinte, houve expansão dos hospitais universitários, objetivando a formação de profissionais da área de saúde, em razão de as atividades práticas do ensino médico passarem a ser desenvolvidas em hospitais vinculados às instituições, em especial, as da esfera federal.[314]

Os hospitais de ensino são uma realidade complexa, não por acaso o Relatório Flexner, publicado em 1920, exerceu importante influência no desenvolvimento das ciências da saúde. As recomendações se dirigiam à reorganização dos cursos de medicina, ao atendimento médico hospitalar, ao incentivo à pesquisa, à docência com dedicação exclusiva e à delimitação e aprofundamento de áreas de estudo - as especialidades. Os efeitos provocados após a divulgação do Relatório de Flexner repercutiram em tamanha amplitude que foram designados como uma nova ordem de formação médica, denominado de “modelo flexneriano”. [315]

Abraham Flexner, educador, graduado em química, foi incumbido de levantar a situação das escolas e da educação médica americana e canadense, por solicitação da *American Medical Association* (AMA) à Fundação Carnegie para o Progresso no Ensino. O contexto da situação das escolas médicas nos Estados Unidos no período da produção do relatório flexneriano era caótico em larga medida, porque a concessão estatal para o exercício da medicina fora abolida em meados do século XIX, desencadeando grande proliferação de escolas de medicina, com diversas abordagens terapêuticas. Ao contrário do Brasil, as escolas de medicina norte-americanas podiam

---

[313] MARTINS, Carlos Benedito. A Reforma Universitária de 1968 e a Abertura Para O Ensino Superior Privado No Brasil. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 30, n. 106, p. 15-35, jan./abr. 2009.

[314] ROTHEN, José Carlos. Os bastidores da reforma universitária de 1968. **Educação e Sociedade**, v. 29, n.103, p. 453-475, maio/ ago. 2008.

[315] CLEMENTE, Berenice Tessari. **Cronologia dos Hospitais Universitários Federais do MEC**. Brasília,1998.

ser abertas estando vinculadas ou não a instituições universitárias, sem padronização, com ou sem equipamentos, com critérios de admissão e tempo de duração diferenciados, independentemente de fundamentação teórico-científica. O fato é que a repercussão política, institucional e social do informe suplantou os limites da medicina e resultou no fechamento de escolas, fusão entre elas e fechamento de vagas. [316]

O Relatório Flexner defendia que escolas médicas deveriam estar ligadas a uma universidade, e seus programas educacionais assentados em base científica. Para Flexner, o mais importante no aprendizado da medicina consistia nas atividades práticas, tanto no laboratório como na clínica, refutava o ensino por meio de conferências e aprendizado pela simples memorização. Assim, as recomendações do relatório enfatizavam a pesquisa biológica e a especialização médica como principais suportes da medicina. As orientações apontavam no sentido de que o estudo da medicina devia ser centrado na doença de forma individual e concreta, ressaltando o caráter empírico das práticas e do ensino médico. Tendo como referência este relatório, coube aos hospitais o papel de principal instituição de transmissão do conhecimento médico durante todo o século XX. O papel das universidades era de realizar o ensino de laboratório nas áreas básicas (anatomia, fisiologia, patologia) e da parte teórica das especialidades.[317]

Apesar de as propostas de Flexner terem indicado soluções para resolver inúmeros problemas relacionados à formação médica na época, induziu a formação dos médicos a um modelo biomédico e a redução do ser humano ao seu organismo biológico, além de modificar a relação entre doente e médico. Seguindo o modelo conhecido como medicina científica, em que se altera o conceito de objeto da prática médica, os médicos passam a ser vistos como simples prestadores de serviços. Embora não se possam negar as contribuições flexnerianas e seu impacto causado na educação médica, o modelo biomédico proposto, centrado na doença e no hospital, conduziu os programas educacionais médicos a uma visão reducionista, em que se desconsidera a influência social, da coletividade e da comunidade, no processo saúde-doença. Vale ressaltar que a influência desse modelo ainda hoje está muito presente na prática médica e no ensino médico.[318]

---

[316] MENDES, Eugenio Vilaça. **A evolução histórica da prática médica, suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médica**. Belo Horizonte: PUC/FINEP; 1985.

[317] LUZ, Madeu Therezinha**.** Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. **Série Estudos em Saúde Coletiva**, 62. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/UERJ, 1993.

[318] PEREZ, Emília Pessoa. A propósito da educação médica. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.4, n.1, p.9-13. 2004

De outra parte, de forma quase paralela e concomitante, o Relatório Dawson, elaborado pelo britânico Bertrand Dawson, em 1920, apresentou forte oposição às recomendações de Flexner. Dawson sugeria a organização dos serviços de saúde, tendo por base profissionais generalistas, responsáveis por implementar ações tanto curativas quanto preventivas, organizados local e regionalmente, por níveis de atenção. Associava políticas públicas com a criação de sistemas nacionais com o funcionamento em rede para ordenar o cuidado em saúde, tendo como base a regionalização dos serviços, com hierarquização nos vários níveis de complexidade, sempre interconectados e integrados.[319]

Na década de 1960, foram iniciadas as críticas em todo o mundo, questionando a segmentação do cuidado médico e com relação ao descompromisso da realidade com as necessidades da população no setor da saúde. Nas décadas de 1970 e 1980, intensificaram-se as críticas sobre os sistemas de saúde com base em modelos flexnerianos, centrados na hospitalização, no intervencionismo e numa fragmentação da assistência, que resultavam em um baixo impacto na melhoria da saúde da população. A partir dos anos 1980, foi iniciado um processo de reforma no setor da saúde em diversos países, contudo, o setor educacional priorizou a formação biomédica e especializada e o aprendizado dessas especialidades, também organizado de forma fragmentada. Um processo de especialização crescente deixou à margem a formação generalista, dotada de visão humanística e preparada para prestar cuidados contínuos com resolutividade dos problemas comuns e de maior demanda dos serviços de saúde, privilegiando o aprendizado em centros terciários, voltados para cuidar de problemas de maior complexidade, apesar das profundas mudanças no sistema de saúde dos países.[320]

É importante assinalar que, no Brasil, o desenvolvimento de recursos humanos em saúde ficou relegado a segundo plano nos processos de reforma, caminhou desvinculado da reorganização dos serviços, da redefinição das práticas de atenção e dos processos de reforma do sistema de saúde do país, ainda que, na década de 1980, o Ministério da Educação e Cultura (MEC) tenha desenvolvido, em diversos Estados, programas de integração docente-assistencial, envolvendo as escolas de

---

[319] CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Modo de coprodução singular do Sistema Único de Saúde: impasses e perspectivas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.33, n.81, jan./abr. 2009, p.47-55.

[320] PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492–499, 2008.

medicina e os serviços de saúde pública, além de algumas propostas de aproximação entre o ensino e a atenção em saúde.[321]

Os princípios democráticos do SUS trabalham diretrizes, conceitos e práticas que ainda não são hegemônicos na sociedade. Por esta razão, tensões foram geradas entre aqueles que desempenham o papel de ordenar a formação de recursos humanos para a saúde e todos os agentes sociais que se movimentaram pela construção do SUS. Por certo que a reorganização das redes de atenção com base na hierarquização e integralidade, essenciais ao bom funcionamento do sistema, depende do perfil de formação e da prática dos profissionais de saúde. Nesse contexto, tornou-se evidente a necessidade de profissionais com uma formação que compreenda a integralidade dos cuidados demandados pela população com a inclusão de novas tecnologias. Estas, entendidas como tecnologias da interação, da escuta, do olhar e que consideram relevante o acolhimento, ao mesmo tempo em que produzem autonomia. Por estas razões, tornou-se necessária a discussão acadêmica sobre as possíveis mudanças curriculares e práticas das profissões da saúde.[322]

Compreendem-se as possíveis resistências à mudanças em virtude das dificuldades e limitações no processo de inovação, já que toda mudança traz inúmeros desafios, entre eles o de romper com estruturas cristalizadas e modelos de ensino tradicional. Mas tornou-se imprescindível a formulação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação da área da saúde, com o compromisso governamental de honrá-las. A implementação das diretrizes orienta-se no sentido de respeitar as singularidades das escolas, utilizando da melhor forma possível os recursos já existentes.[323]

Os 14 cursos da área da saúde publicaram suas diretrizes separadamente, entre 2001 e 2004. As novas diretrizes buscaram recuperar a dimensão essencial do cuidado, a relação entre humanos, além de fomentar a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos, além de estimular a interação entre o ensino, a pesquisa e a extensão. As novas diretrizes curriculares têm como objetivo construir um perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos contemporâneos, bem como qualificar os profissionais para

---

[321] BARATA, Luiz Roberto Barradas; MENDES, José Dínio Vaz; NOGUEIRA, Olímpio J. Nogueira V. Bittar. Hospitais de ensino e o sistema Único de saúde. **Revista Administração Saúde**, v.12, n.46, p. 7-14, jan./mar. 2010.

[322] ALMEIDA, Márcio José et al. Formação dos profissionais de saúde no Paraná e a implantação das diretrizes curriculares nacionais. 2005. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.31, n.2, p.156-165, 2007.

[323] LUGARINHO, Regina; LOPES, Maria da Graça Kfouri ; PEREIRA, Luciana Alves . Diretrizes curriculares nacionais e níveis de atenção à saúde: como compatibilizar? **Olho Mágico** (UEL), v. 13, p. 5-8, 2006.

atuar de maneira a solucionar os problemas de saúde do usuário do Sistema Único de Saúde (SUS).[324]

Em 2001, o curso de graduação de medicina teve sua Diretriz Curricular Nacional (DCN) aprovada, e em 2002, os Ministérios da Saúde e Educação lançaram o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed) com o intuito de reorganizar a formação dos profissionais, cujas características do egresso permitam reforçar as mudanças no modelo de atenção à saúde e fortalecerem a atenção básica. O programa contou com a participação ativa da Associação Brasileira de Educação Médica e da Rede Unida e apresentou mudanças na formação da orientação teórica, na abordagem pedagógica e nos cenários de prática. Em outras palavras, o programa incentivou mudanças como explicitar o estabelecimento de protocolos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas de medicina; incorporar a noção integralizadora do processo saúde-doença e da promoção da saúde com ênfase na atenção básica; a ampliação dos cenários e da duração da prática educacional na rede de serviços básicos de saúde; e a adoção de metodologias pedagógicas ativas, centradas nos estudantes.[325]

Em 2005, outro programa foi lançado propondo acelerar a implantação das diretrizes curriculares o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional (Pró-Saúde), com o objetivo de reorientar a formação profissional, visando à integração ensino-serviço, assegurando uma abordagem integral com ênfase na atenção básica. O programa enfatiza a medicina preventiva, valorizando o enfoque na saúde, não na doença, e a atenção básica e a humanização do atendimento por meio de uma sólida base ética. Para avaliação dos resultados práticos das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de medicina, era preciso apoiar e acompanhar a implementação de mudanças nas escolas médicas brasileiras. Coube à Associação Brasileira de Escolas Médicas (ABEM) tomou a iniciativa de promover a avaliação das tendências de mudanças nas escolas médicas.[326]

A avaliação visou acompanhar as tendências de mudanças das escolas médicas, visando atender às Diretrizes Curriculares na formação do médico no curso de

---

[324] BRASIL. Ministério da Saúde (MS) / Ministério da Educação (MEC) /Organização Panamericana de Saúde (OPAS). PROMED – Programa de incentivo a mudanças curriculares nos cursos de Medicina. Brasília: Secretaria de Políticas da Saúde, 2002 (Edital de convocação).

[325] AGUIAR, Adriana Cavalcanti de. Implementando as novas diretrizes curriculares para a educação médica: o que nos ensina o caso de Harvard? **Revista Interface** - **Comunidade, Saúde, Educação**, v.5, n.8, p.161-166, 2001.

[326] LAMPERT, Jadete Barbosa et al. Projeto de Avaliação de Tendências de Mudanças no Curso de Graduação nas Escolas Médicas Brasileiras. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.33, p.5-18, 2009.

graduação e ao atendimento das necessidades de saúde, com perspectivas à consolidação do SUS. A avaliação foi delineada com a percepção dos atores sociais da escola médica e seus egressos, tendo em vista a seleção de cinco eixos conceituais de relevância nesta construção. Foram consideradas o acúmulo da experiência dos programas Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed) e Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional (Pró-Saúde) e as experiências da educação superior com a avaliação institucional, como o Programa de Avaliação Institucional (PAIUB) e o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES). Num primeiro momento, foram selecionadas 19 escolas médicas que desenvolviam ou desenvolvem suas atividades de mudança na formação profissional de forma pouco articulada entre si. Num momento posterior, em 2006, com o apoio da Comissão de Avaliação das Escolas Médicas (CAEM), e da Associação Brasileira de Escolas Médicas (ABEM), o estudo anterior foi ampliado para 28 escolas médicas. Os estudos preliminares dessa pesquisa revelaram que as escolas continuam mais voltadas para formas tradicionais de ensino valorizando as causas biológicas da doença, uma prática médica voltada para a especialidade e uma orientação didática apoiada em aulas teórico-expositivas, lecionadas para grandes grupos de alunos.[327]

Essas avaliações revelaram a necessidade da continuidade das ações estratégicas para a transformação e a qualificação das práticas de saúde e das práticas pedagógicas na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores de saúde. Nesse sentido, em agosto de 2007, foi publicada a Portaria n.1996, definindo novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no país. Esta portaria propõe uma Política de Educação Permanente mais atrelada às diretrizes operacionais da gestão do SUS e ao regulamento do Pacto pela Saúde. E, em 18 de setembro de 2007, os ministros da Saúde e da Educação instalaram a Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde, com o papel de estabelecer diretrizes para a formação de recursos humanos para a saúde no Brasil, em especial no que diz respeito aos critérios para a regulação de cursos superiores na Saúde e à oferta de formação em áreas prioritárias, segundo as necessidades regionais.[328] A portaria estabelece o dever de os hospitais se integrarem ao Polo de

[327] GONZÁLEZ, Alberto Durán González; ALMEIDA, Marcio José de. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. ***Physis***, v.20, n.2, p.551-570, 2010.

[328] CAMPOS, Francisco Eduardo; HADDAD, Ana Estela; MICHEL, Jeanne; NUNES, Maria do Patrocínio; BRENELLI, Sigisfredo; PETTA, Helena; MASSUDA, Adriano; RIBEIRO, Eliana Claudia. Programa de apoio à formação de médicos especialistas no Brasil (Pró-residência): indução para a formação de especialistas segundo necessidades do SUS. In: PIERANTONI, Celia; DAL POZ, Mario Roberto; FRANÇA, Tania. (Org.). **O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. 1.ed. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ: Observa RH, 2011, p.151-160.

Educação em Saúde, participarem das discussões relacionadas aos problemas de formação de profissionais, bem como da elaboração e implementação da Política de Educação Permanente para os profissionais do SUS, devendo, ainda, promover o trabalho em equipe multiprofissional e o cuidado integral ao paciente.[329]

Ainda sob o mesmo enfoque, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), instituído pela Portaria Interministerial Ministério da Saúde e Ministério da Educação nº 1.802, de 26 de agosto de 2008, e inspirado no Programa de Educação Tutorial do Ministério da Educação, que visa a fomentar a formação de grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), mostrou ser um importante instrumento para a qualificação em serviço dos profissionais da saúde. Dirigido aos estudantes dos cursos de graduação na área da saúde, foi incorporado gradativamente aos outros cursos das 14 áreas da saúde.[330]

Em linhas gerais, ocorreram mudanças significativas na formação dos profissionais da saúde, em razão da compreensão atual acerca do papel da vivência no processo de aprendizagem e da compreensão ampliada acerca dos saberes e competências necessários ao trabalho em saúde. Desde a implantação do SUS, várias estratégias de operacionalização foram implementadas, como a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOA), a Norma Operacional Básica (NOB), o Pacto da Saúde, o Pacto de Gestão, além de algumas estratégias para a reorganização e a humanização do sistema como a Estratégia Saúde da Família (ESF), a Política Nacional de Humanização, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), entre outras. Assim, o papel da formação dos recursos humanos revela-se de vital importância para a consolidação do sistema. Ademais, a construção da proposta da Política de Educação Permanente em Saúde, a mudança das estratégias de operacionalização e reorganização dos serviços e o exercício da atenção realizam-se na prática das equipes.[331]

O fato é que a necessidade de aproximar a formação dos profissionais de saúde das reais necessidades dos usuários e do sistema exigiu complexas mudanças, tanto institucionais como profissionais. As mudanças no âmbito dos cuidados da saúde no sistema SUS, a partir da década de 1990, demandaram também a adequação dos

---

[329] BARATA, Luiz Roberto Barradas; MENDES, José Dínio Vaz; NOGUEIRA, Olímpio J. Nogueira V. Bittar. Hospitais de ensino e o sistema Único de saúde. **Revista Administração Saúde**, v.12, n.46, p. 7-14, jan./mar. 2010.

[330] BRASIL, Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde- PET- Saúde. Brasília, 2008.

[331] BATISTA, Karina Barros Calife; GONÇALVES, Otília Simões Janeiro. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v.20, n. 4, 2011, p. 884-899.

Hospitais Universitários, tais como: a adoção do modelo de atenção à saúde e sua multidisciplinariedade; técnicas de prevenção como instrumento para prolongar a vida e reduzir custos dos sistemas de saúde; e crescimento da atenção médica baseada no conceito de seguro. Desse modo, houve necessidade de modificar as práticas e rotinas com procedimentos mais padronizados e controles externos, no intuito de obter melhores resultados, somados à exigência crescente por maior racionalidade nos gastos. A regulação do setor aumentou com o vínculo estabelecido entre saúde e ambiente, trabalho, alimentação e transporte.[332]

O papel dos Hospitais Universitários Federais (HUF) frente à responsabilidade social adquiriu nova configuração. Antes da incorporação ao SUS, a prestação de serviços de saúde era conduzida basicamente pela lógica da pesquisa e do ensino. Depois da incorporação, os hospitais ficam submetidos às regras e condições do sistema, em que a prestação de serviços tem indicadores e metas qualitativos e quantitativos a serem respeitados e atingidos. Modifica a forma de acesso aos serviços bem como as exigências por qualidade, resolubilidade e integralidade na produção dos serviços de atenção à saúde.[333]

4 HARMONIA ENTRE FORMA E REALIDADE NA PRODUÇÃO DOS CUIDADOS À SAÚDE DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

4.1 A gestão dos serviços de cuidados à saúde na articulação do processo de produção

As formas de intervir sobre os problemas de saúde são determinadas por fatores econômicos, sociais e políticos, revelando particularidades de cada país em diferentes períodos históricos. E a organização da saúde de um país, por ser um fenômeno cultural, expressa o estágio de desenvolvimento da comunidade da qual faz parte. Uma organização se configura como fenômeno social abstrato, instrumento artificialmente criado para atingir outros fins, fruto da construção histórica, social, política

[332] MEDICI, André Cesar. Hospitais Universitários: passado, presente e futuro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 149-156, abr./jun.2001.

[333] ESCRIVÃO JUNIOR, Álvaro. **A epidemiologia e o processo de assistência à saúde**. In: VECINA NETO, Gonzalo. Gestão em saúde. 2.ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2016, p.15; CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. É possível trabalhar o conflito como matéria prima da gestão? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 508-516, 2005.

e cívica, e sua existência depende da interação dos seus membros e a capacidade em planejar, estruturar, operar, coordenar o trabalho para que os resultados concretos sejam alcançados. [334]

Na sociedade contemporânea, o cuidado à saúde deixou de ser exclusiva responsabilidade do médico e passou a ser o resultado de ações de equipes progressivamente mais abrangentes que utilizam equipamentos cada vez mais sofisticados. A estrutura de organização institucional da área da saúde e o modelo teórico de atendimento à clientela redireciona as formas de pensar, conceber e realizar os cuidados à saúde no país. A instituição do SUS, como sistema de saúde dos brasileiros, e sua configuração institucional constituem uma macro-organização, composta por um conjunto de instituições, situadas nas esferas do governo federal, estadual e municipal, que desempenham funções diversas, como financiamento, gestão, prestação de serviços, formação de recursos humanos e produção de insumos.[335]

O SUS tem como objetivo precípuo a prestação de serviços de cuidados à população segundo um modelo de atenção à saúde, que deve ser orientado pelos princípios organizativos da descentralização, regionalização, hierarquização, resolutividade, participação social, bem como pelos princípios doutrinários definidos pela universalidade, equidade e integralidade. Mas efetivar o direito de receber os cuidados à saúde das pessoas no modelo de atenção desejado pela Reforma Sanitária Brasileira exige a implementação plena, o fortalecimento e a consolidação do SUS, coesos com seus princípios e valores. Para tanto, o Estado deve protegê-lo da descontinuidade administrativa e de intercorrências desastrosas da gestão, assim como identificar e subsidiar formas alternativas que contribuam para o seu aprimoramento.[336]

O cuidado em saúde significa muito mais que um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de determinado tratamento, segundo o entendimento consagrado pelo senso comum. A categoria ontológica cuidado é uma compreensão filosófica e uma prática nas ações de saúde em diversas situações em que são necessárias ações terapêuticas. Compreende a interação entre dois ou mais sujeitos, que, utilizando saberes específicos, objetivam o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar. Desse modo, cuidar nas práticas de saúde aponta para o

---

[334] MORGAN, Gareth. **Imagens da organização**. São Paulo: Atlas, 1996, p.116.
[335] GRABOIS, Victor. **Gestão do cuidado**. In: GONDIM, Roberta; GRABOIS, Victor; MENDES, Walter (Org.). Gestão do cuidado. 2.ed. Rio de Janeiro: EAD Ensp Fiocruz, v.1, p.153-191,2011.
[336] PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmem Fontes. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 12(Supl. 0), p.819-829, 2007.

desenvolvimento de atitudes e espaços de genuíno encontro intersubjetivo, de exercício de uma sabedoria prática para a saúde, apoiados na tecnologia, mas sem se resumir a ela. [337]

É importante ressaltar que o cuidado à saúde consiste na conjugação do trabalho de vários profissionais que, em um determinado tempo e espaço, articulam-se e decidem sobre o uso de tecnologias (duras, leves-duras e leves)[338] na prestação dos serviços, atendendo desde serviços de menor densidade tecnológica, como as Unidades Básicas de Saúde (UBS), até com maior densidade tecnológica, como os Hospitais Regionais (HR), para propiciar o cuidado mais adequado possível às necessidades de cada pessoa. Num contexto de consenso estabelecido gradativamente, tanto nacional como internacional, a organização dos sistemas de saúde no modelo de redes integradas tem se revelado a melhor estratégia para garantir atenção integral, efetiva e eficaz às populações assistidas.[339]

Pesquisas mostram que, em diversos países, os sistemas integrados em redes de atenção à saúde têm produzido resultados significativos, apresentam eficácia tanto na organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica etc.), quanto na capacidade de suplantar desafios diante da adversidade em relação aos cenários socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário, assim como no enfrentamento do aumento das doenças crônicas e das doenças e necessidades próprias do envelhecimento da população e, em especial, da elevação dos custos de tecnologias.[340]

A rede de atenção propicia a construção de vínculos de cooperação e solidariedade entre as equipes e os níveis de gestão do sistema de saúde e se organiza segundo a natureza específica do cuidado que deve desenvolver. A Atenção Primária à Saúde (APS), no papel chave na estruturação das redes, atua como ordenadora e

---

[337] AYRES, José Ricardo C. M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. 1.ed. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO, 2009. p.42-64

[338] O nível de complexidade tecnológica operados no processo de trabalho em saúde produção no sistema de saúde compreende procedimentos denominados por alguns autores de “tecnologias duras” (equipamentos tecnológicos como exames e imagens, normas e estruturas organizacionais, remédios etc.), as de “tecnologias leve duras”, (embasadas por saberes estruturados, como a clínica e a epidemiologia); e as de “tecnologias leves” (produção de vínculo, autonomização, acolhimento, saberes e capacidade de decisão do profissional no encontro entre ele e o usuário dos serviços de saúde). Cf.: FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Revista *Tempus Actas* de Saúde Coletiva**, v.6, n.2, p.151-163, 2012.

[339] FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, v.6, n.2, p.151-163, 2012.

[340] OUVERNEY, Assis Mafort; NORONHA, José Carvalho de. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030-prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, v. 3, 2013, p. 143-182.

coordenadora dos fluxos e contrafluxos do cuidado. Os pontos de atenção de diferentes densidades tecnológicas servem de apoio aos serviços da atenção primária, com ações especializadas em nível ambulatorial, hospitalar, apoio diagnóstico e terapêutico nos pontos de atenção à saúde secundário e terciário.[341]

Dessa forma, as redes de atenção à saúde se caracterizam por serem organizações de serviços que desenvolvem atenção integral à saúde, de forma continuada, a uma determinada população, em tempo oportuno, e com qualidade suficiente para responder às suas demandas e necessidades. As redes têm estrutura operacional centrada no processo de integração entre as redes de atenção e o sistema de regulação e se organizam por meio de seus elementos constitutivos, quais sejam: população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde. Com isso, a prestação de cuidados de saúde exige um esforço de articulação e complementaridade constantes entre os profissionais e os serviços da rede de atenção.[342]

Embora muitas conquistas tenham sido alcançadas na implementação do SUS, a concretização dos cuidados de saúde integrais ainda não se efetivou plenamente. Entendido como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, a integralidade pode ser percebida pelos profissionais e usuários, pela forma de continuidade do cuidado no cotidiano assistencial. Considerando que a forma como as pessoas vivem seus problemas de saúde é integral, a concretização de ações integrais de saúde implica manter canais de interação entre serviços, profissionais e população.[343]

Cabe reconhecer as intensas mudanças ocorridas nas organizações hospitalares desde a implementação do SUS, mas pode-se afirmar que a implantação da atenção integral se depara com limitações decorrentes das heranças de modelo de formação e de práticas profissionais anteriores. A forma como se articulam as práticas dos trabalhadores do hospital confere maior ou menor integralidade à atenção produzida, embora o fundamento primordial das redes de atenção à saúde consista na integração e na articulação entre os serviços de saúde.[344]

---

[341] ALMEIDA, Patty Fidelis de; GIOVANELLA, Lígia; NUNAN, Berardo Augusto. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. **Saúde em Debate**, v.36, n.94, p.375-391, 2012.

[342] MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde, **Ciência Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p.2297-2305, 2010.

[343] ACIOLI, Sonia. Os Sentidos das Práticas Voltadas para Saúde e Doença: maneiras de fazer de grupos da sociedade civil. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2006, p.168-169.

[344] CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, Roseni; Mattos Ruben; CAMARGO JUNIOR, Kenneth R. (Org.).

Nesse sentido, um grande desafio em relação à gestão do hospital tem sido coordenar adequadamente o conjunto diversificado, especializado, fragmentado de atos cuidadores individuais, resultando em um cuidado coordenado, eficaz e de qualidade.[345] A integralidade da atenção hospitalar pode ser compreendida sob dois ângulos: a integralidade da atenção olhada no hospital, que é a integralidade tendo como referência o atendimento no ambiente hospitalar em si, e a partir do hospital, que é a integralidade tendo como referência a articulação do hospital com os demais equipamentos de saúde.[346]

Dentro do hospital, o cuidado idealizado ou recebido pelo paciente é produto de sucessivos pequenos cuidados parciais, que vão se complementando, explícita ou implicitamente, por meio da interação entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital. Assim, forma-se uma complexa teia de atos, procedimentos, fluxos, rotinas, saberes, em um processo de complementação e conexão, que compõe o cuidado à saúde, além da função precípua no cuidado ao paciente relativo à internação cirúrgica eletiva, internação clínica, cuidado ambulatorial, emergência e reabilitação. [347]

Ademais, além da função precípua no cuidado ao paciente relativo à internação cirúrgica eletiva, internação clínica, cuidado ambulatorial, emergência e reabilitação. Outras funções como ensino, pesquisa, cuidado social, fonte de emprego, poder político e base para o poder corporativo suplantam as fronteiras da saúde e implicam de forma marcante domínios econômico e social, tornando o hospital uma instituição altamente complexa. Essa complexidade da organização hospitalar lhe confere uma posição crítica, delineada por múltiplos interesses na prestação de serviços de saúde, imprimindo, por outro lado, um grande reconhecimento social.[348]

Cabe sublinhar que uma organização pública existe para assegurar a satisfação das necessidades públicas, mas também revela determinado padrão de interações entre seus membros. Assim, os hospitais públicos se caracterizam por terem

---

Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ-IMS/Abrasco; 2003.

345 MERHY, Emerson Elias; CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. O singular processo de coordenação dos hospitais. **Revista Saúde em Debate**, v.22, n.64, p.110-122, 2003.

346 CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, Roseni; Mattos Ruben; CAMARGO JUNIOR, Kenneth *R*. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: UERJ-IMS/Abrasco; 2003.

347 GRABOIS, Victor. **Gestão do cuidado**. In: GONDIM, Roberta; GRABOIS, Victor; MENDES, Walter (Org.). Gestão do cuidado. 2.ed. Rio de Janeiro: EAD Ensp Fiocruz, v.1, p.153-191, 2011.

348 BARATA, Luiz Roberto Barradas; MENDES, José Dínio Vaz; BITTAR, Olímpio José Nogueira V. Hospitais de ensino e o sistema Único de saúde. **Revista Administração Saúde**, v.12, n.46, p. 7-14, jan./mar. 2010.

uma função básica de atender as necessidades de saúde das pessoas. Contudo, como equipamento de saúde complexo e incorporado ao SUS, o hospital está em processo de redefinição do seu papel e do seu lugar na produção do cuidado, na adequação pela busca de qualidade, integralidade, eficiência e controle de custos. [349]

Ademais, o hospital público apresenta características definidas em razão de suas peculiaridades, pois congrega uma infraestrutura diversificada, constituída por profissionais, saberes, tecnologias, bem como relações reguladas por normas e procedimentos, com uma configuração técnica e social peculiar, diferenciada pela divisão do trabalho altamente especializada, formada por com um grande número de profissionais qualificados, para realizar diversas ações necessárias à manutenção da estrutura da instituição, pertinentes ao conjunto de objetivos estabelecidos, que promovem a hierarquização de funções e tarefas. O hospital apresenta ainda uma estrutura composta por grande número de níveis hierárquicos, marcada pela forte concentração de poder decisório no topo dessa estrutura. [350]

O Hospital Universitário (HU) agrega outras características próprias da função de apoio à formação dos profissionais da área de saúde, quais sejam: 1. está integrado ao sistema de saúde como centro de atenção médica de média e alta complexidade; 2. desempenha relevante papel no atendimento médico de nível terciário; 3. desenvolve atividades de ensino e pesquisa pertinentes ao atendimento médico que dispensa; 4. envolve concentração de recursos físicos, humanos e financeiros em saúde; 5. atua como agente político importante na comunidade em que está inserido; e 6. racionaliza os custos e otimiza os resultados em razão da concentração de serviços na economia de escala.[351]

Dados o contexto atual e a complexidade do Hospital Universitário (HU), a visão tradicional de estrutura organizacional, voltada para suas próprias atividades específicas, está superada, em certa medida, pela necessidade crescente de integração à rede de atenção e cuidados à saúde, devendo a organização e a prática da gestão estarem coerentes com os princípios e diretrizes do SUS. Assim sendo, a estruturação do cotidiano das práticas de saúde na produção do cuidado se depara com desafios no âmbito da gestão, que permeiam e configuram as instituições de saúde.[352]

---

[349] MORGAN, Gareth. **Imagens da organização**. São Paulo: Atlas, 1996, p.60.

[350] GONÇALVES, Ernesto Lima. Estrutura Organizacional do hospital moderno. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 38, n. 1, p.80-90. jan./março,1998.

[351] FUERWERKER, Laura Camargo Macruz. CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 965–71, 2007.

[352] GONÇALVES, Ernesto Lima. Estrutura Organizacional do hospital moderno. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 38, n. 1, p.80-90. jan./março,1998.

Nesse sentido, torna-se oportuno apresentar uma breve evolução das proposições teóricas que fundamentam a análise organizacional para a compreensão do caminho percorrido na construção do conhecimento científico, por meio de estudos e pesquisas empíricas sobre o homem, a organização e o meio ambiente. Salienta-se que, ao longo do tempo, o conhecimento permite novas perspectivas da realidade, como ocorreu no campo da Gestão, que tem ampliado e evoluído. Com isso, observa-se que as concepções e os atributos essenciais dos conceitos das teorias da organização foram evoluindo e se tornando mais complexas. Diferentes escolas, abordagens, enfoques e autores buscaram enfrentar aspectos imprescindíveis para a existência, sobrevivência e êxito das organizações. Nesse processo de aprofundamento, os diferentes olhares e perspectivas, ao contrário do que se poderia pensar, não são antagônicos, mas complementares. Sendo assim, os questionamentos e oposições dos conceitos anteriores conduzem a proposições mais complexas, que se incorporam às anteriores, aperfeiçoando-as.[353]

Nas diversas teorias, os pensadores orientaram suas preocupações, priorizando alguns aspectos como: explicativos (com base empírica) ou propositivos (propõem técnicas e ferramentas para problemas específicos); ligados a uma estrutura (elementos visíveis e explícitos) ou às relações humanas (elementos comportamentais e subjetivos); e ainda contexto ambiental (sistema aberto ou fechado). De outro modo, alguns autores identificam uma linha evolutiva nas Teorias das Organizações, ordenando-as da seguinte maneira: científica ou das tarefas, clássica, humanista, neoclássica, estruturalista, comportamental, sistêmica, contingencial e pós-contingencial (atuais).[354]

As Teorias Clássicas que dominaram até os anos de 1930, abordadas no livro “Princípios da Administração Científica”, em 1911, de Frederick Winslow Taylor (1856-1915), inauguraram um novo campo do conhecimento, a Administração. Considerado o precursor da Organização Científica do Trabalho, sua abordagem enfoca o nível operacional do sistema de produção fabril. Na abordagem mecanicista de Taylor, as organizações submetidas a um processo racional de planejamento, direção, coordenação e controle funcionariam como uma máquina, estando seu enfoque nas operações que a organização executava. Em sua perspectiva, o principal objetivo das organizações consiste em assegurar ao empregador e a cada empregado a

[353] MOTTA, Fernando C. Prestes; VASCONCELOS, Isabella F. Gouveia de. **Teoria geral da administração**. 3.ed. rev. São Paulo: Cengace Learning, 2014, p.XIII.
[354] MORGAN, Gareth. **Imagens da organização**. São Paulo: Atlas, 1996, p.32-34.

prosperidade máxima. Essas ideias permitiram aumento expressivo da produtividade e melhoria da qualidade de vida do trabalhador.[355]

Os teóricos clássicos comungam do princípio epistemológico de que o homem é uma peça na grande engrenagem, que são as organizações. Prescrever os elementos da gestão, leis e princípios gerais é necessário para regular e determinar as atividades nas organizações. O centro das atenções clássicas converge para a eficiência produtiva. A Teoria da Administração Geral, de Henry Fayol (1841-1925), analisa a estrutura hierárquica das organizações, focando no comando dos dirigentes, de quem dependeria todo o bom funcionamento organizacional. Nessa perspectiva, a organização abrange somente o estabelecimento da estrutura e da forma, sendo estática e limitada. Outro clássico, Henry Ford (1863-1947), introduziu conceitos modernos de produção como princípios da intensificação, economicidade e produtividade. Foi o primeiro a adaptar os princípios organizativos do taylorismo ao desenvolver a produção em série e a linha de montagem, visando a obter altos ganhos de eficiência. Os resultados se mostraram bastante exitosos.[356]

A abordagem humanística avança em relação ao taylorismo. A preocupação formal com a máquina e com o método de trabalho cede espaço para o enfoque que prioriza as pessoas e os grupos sociais. Em um período marcado por recessão econômica, inflação, desemprego e forte atuação dos sindicatos, entre 1924 e 1932, houve necessidade de humanizar e democratizar as organizações. Alguns autores, sob essa perspectiva, introduzem o conceito de organização informal e inovam, entendendo a organização como um sistema social inter-relacionado, considerando três elementos centrais: liderança e comunicação, motivação intrínseca e práticas e estruturas organizacionais.[357]

A teoria neoclássica, que se propõe ampliar a atuação e conceitos das perspectivas clássicas, emerge na década de 1950, após a Segunda Guerra Mundial, período em que ocorre um notável desenvolvimento industrial e econômico. Nessa visão, os princípios fundamentais da organização formal são divisão de trabalho e especialização, hierarquia e autoridade, em um processo operacional composto por funções como planejamento, organização, direção e controle.[358]

---

[355] MOTTA, Fernando C. Prestes; VASCONCELOS, Isabella F. Gouveia de. **Teoria geral da administração**. 3.ed. rev. São Paulo: Cengace Learning, 2014, p.23-40.
[356] CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução à teoria geral da administração**. 9.ed. Barueri, SP: Manole, 2015, p.55-97.
[357] BURNES, Bernard. ***Managing change*.** London: Pitman Publushing,1992, p.37-38.
[358] CHIAVENATO, Idalberto. **Iniciação à Teoria das Organizações**. Barueri, SP: Manole, 2010, p.58.

Entre as estruturalistas, destaca-se a Teoria de Max Weber (1864-1920), que pretendeu resolver os problemas estruturais da organização e os comportamentais dos seus membros em atender situações novas e complexas. Em razão da incapacidade das perspectivas clássicas e humanísticas, seu método de análise aplicado nas organizações consiste na definição de um tipo ideal de organização, designada de burocrática, em razão da precisão, continuidade, disciplina, rigor e confiabilidade na execução dos programas de ação. Dessa maneira, é possível formular um sistema de regras e de papéis a serem desempenhados por todos os membros da organização para obter o máximo de eficiência. Entretanto, como os clássicos, Weber também identificou nas organizações as chamadas disfunções burocráticas.[359]

Em contraponto às teorias estruturalistas, entre as décadas de 1950 e 1960, surgem as teorias comportamentais, em que o indivíduo se encontra no centro, ponto de partida e chegada de qualquer análise do funcionamento das organizações. O indivíduo deixa de ser um elemento passivo, complemento da máquina, do chefe, ou da organização burocrática, para ser um elemento ativo dentro da organização. Algumas ideias desenvolvidas na teoria das relações humanas são atualizadas, como a percepção global do homem, em que as organizações são como sistemas sociais dinâmicos que interagem com o meio ambiente.[360]

Em 1940, a Teoria Geral dos Sistemas, desenvolvida pelo biólogo alemão Ludwing Von Bertalanffy, afirma ser necessário tratar os problemas que cercam os seres humanos como típicos de sistemas, considerando seus contornos, seus componentes e as relações entre as partes. Entre as teorias dos sistemas, emergiu, de forma interdisciplinar (biologia, física, química, economia, ciências sociais), a teoria dos sistemas abertos, adaptando os conceitos-chave a um novo elenco conceitual. No âmbito das organizações, a teoria dos sistemas abertos proporciona uma visão abrangente e holística do conjunto de estruturas complexas, dando-lhe uma configuração e identidade total, substituindo velhos paradigmas. Sendo o sistema um conjunto de partes operando conjuntamente para atingir um objetivo comum e sendo um sistema aberto, ele interage com o ambiente externo. Cada sistema é composto por subsistemas ou componentes e está integrado a um macrossistema. O todo formado por um sistema é superior à simples soma das partes que o constituem. Nessa abordagem, a organização consiste num sistema criado pelo homem, cujo centro de

---

[359] WEBER, Max. Burocracia. In: GERTH, H. H.; WRIGHT MILLS, C. (Org.). **Ensaios de Sociologia**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1982, p. 229-282.

[360] DENHARDT, Robert B.; CATLAW, Thomas J. **Teorias da Administração Pública.** Tradução Noveritis do Brasil. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2017, p.148-150.

interesse se desloca para a organização como uma totalidade, que, nas suas relações com uma totalidade, interage com o exterior (clientes, fornecedores, concorrentes, sindicatos, governo).[361]

A teoria da contingência tem como traço essencial integrar todos os desenvolvimentos teóricos que a precederam, sendo fruto de pesquisas que, na prática, demonstraram que os gestores decidem, dependendo do conjunto de circunstâncias externas da organização (ameaças ou oportunidades). A estrutura da organização e seu funcionamento são dependentes da sua interface com o ambiente externo, dessa forma, adeptos dessa abordagem de gestão observaram dois sistemas divergentes: sistema mecanicista e sistema orgânico. O sistema mecanicista é caracterizado por uma estrutura rígida com destaque para a linha hierárquica (apropriado para organizações que operam em condições ambientais estáveis) e o sistema orgânico, mais flexível, menos estruturado, possibilita maior influência dos trabalhadores na tomada de decisões (apropriado para organizações em condições ambientais mutáveis).[362]

Nas últimas décadas, foi desenvolvido um novo pensamento sistêmico, denominado teoria da auto-organização. Entre essas teorias, destacam-se os estudos em torno do conceito de auto-organização na importante contribuição de sua sistematização advinda da biologia. Humberto Maturana e Francisco Varela (1986) adotam a perspetiva do observador de sistemas sociais e formulam os conceitos de autorreferência, circularidade e autonomia, fundamentos da *autopoies.* [363] Com isso, a capacidade de autocriação e autorrenovação da organização leva a uma nova compreensão, na qual a interação da organização com o seu meio ambiente é reflexo e uma parte de si mesma. [364]

A teoria da complexidade tenta restabelecer a unidade no estudo da natureza e dos seres humanos, que teria sido perdida com a divisão compartimentada decorrente do cartesianismo, partindo das abordagens anteriormente como sistemas, *autopoies*, acrescidas das contribuições da física, em especial, das teorias do caos e de sistemas dinâmicos. Essa teoria tem, nas formulações de Edgar Morin, importante

---

[361] CHIAVENATO, Idalberto. **Iniciação à Teoria das Organizações**. Barueri, SP: Manole, 2010, p.144-146.

[362] MOTTA, Fernando C. Prestes; VASCONCELOS, Isabella F. Gouveia de. **Teoria geral da a administração**. 3.ed. rev. São Paulo: Cengace Learning, 2014, p. 269-284.

[363] A teoria *autopoies,* desenvolvida por pelo biólogo chileno Humberto Maturana e pelo médico chileno Francisco Varela, com natureza interdisciplinar, aplica-se na interação homem com a sociologia, economia, filosofia, gestão pública, entre outras. A palavra autopoiese surgiu pela primeira vez no ano de 1974, para definir os seres vivos como sistemas que produzem continuamente a si mesmos. Tem como ideia básica um sistema organizado autossuficiente. Este sistema produz e recicla seus próprios componentes, diferenciando-se do meio exterior. Cf.: MATURAMA, Humberto; VARELA, Francisco. ***El árbol de conocimiento***. Santiago: Universitária, 1986, p.120.

[364] MORGAN, Gareth. **Imagens da organização**. São Paulo: Atlas, 1996, p. 273

contribuição quanto à necessidade de romper com a fragmentação do saber, que divide as disciplinas, as categorias cognitivas e os tipos de conhecimento. No conceito de organização, contribuiu para o entendimento dos sistemas adaptativos complexos quanto à capacidade de auto-organização. Esses sistemas, que apresentam comportamento completamente imprevisível, apresentam capacidade de avaliar e escolher decisões que melhor atendam aos seus interesses, dentro das condições que têm se auto-organizando. Assim sendo, a organização é, simultaneamente, transformação e formação.[365]

O ambiente competitivo contemporâneo induz as organizações a fazer mudanças para evitar impactos negativos nos empreendimentos. A agilidade proporcionada pelas tecnologias de comunicação e incorporado ao estilo de gestão em redes afigura-se como um fenômeno organizacional cada vez mais presente. Com isso, as organizações em rede e as organizações virtuais têm sido os dois formatos contemporâneos de modelos emergentes de organizações, que tomaram maior proporção a partir da década de 1980. As organizações em rede propiciam maior flexibilidade, descentralização e capacidade de conectar diferentes atores sociais e têm uma arquitetura social cujos mecanismos permitem maior fluidez nas informações e interações para que os membros da rede enfrentem e solucionem os seus conflitos.[366]

Esses estudos das organizações em redes trazem tanto uma abordagem clássica da economia industrial na relação das redes com a economia de escala, escopo, especialização e experiência, quanto o ganho obtido com a tecnologia no aumento da competitividade e da agilidade, além de uma abordagem, não menos importante quanto as demais, sobre a teoria da dependência de recursos, que analisa a governança e a interdependência entre as organizações. A abordagem da dependência dos recursos permite a análise dos elementos e das regras que intervêm na gestão e controle do fluxo dos recursos no ambiente organizacional. A sobrevivência das organizações depende, em maior ou menor grau, de recursos humanos, financeiros, matérias-primas, tecnológicos ou operações de serviços e produção e do ambiente. Alguns recursos, que não podem ser gerados internamente, são trocados com outras organizações do ambiente. Essas relações interorganizacionais se caracterizam como relações de poder, negociações, concessões e perda relativa de autonomia. Com isso, são adotadas estratégias para minimizar a dependência dos recursos.[367]

---

[365] MORIN, Edgar. **Ciência com consciência.** 3. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999, p.267.
[366] MOTTA, Fernando C. Prestes; VASCONCELOS, Isabella F. Gouveia de. **Teoria geral da administração**. 3.ed. rev. São Paulo: Cengace Learning, 2014, p. 372-373.
[367] VIEIRA, Marcelo Milano Falcão; KNOPP, Glauco da Costa; ROLIM, Hygino Lima; SIMÕES, Janaína

O fato é que as teorias emergentes são resultado dos cenários altamente instáveis e imprevisíveis próprios do dinamismo da atual sociedade globalizada, que conduz a um sentido de emergência e de agilidade na adaptação das organizações para a sobrevivência no ambiente externo. Por essa razão, torna-se importante a elaboração de estratégias como interface entre a organização e o ambiente, pela criação e exploração de diferentes competências que apoiem essa interface, representadas pela estrutura organizacional. Por certo, a estratégia e a estrutura organizacional permitem influenciar o desempenho da organização, direcionando-a ao melhor aproveitamento dos recursos[368] disponíveis na orientação do caminho a percorrer, diante dos diferentes desafios. Uma estratégia bem formulada permite otimizar a alocação de recursos, empregar melhor as competências internas e se antecipar às mudanças, criando, com isso, vantagem frente aos oponentes. Ademais, a estratégia organizacional pode ser a conjugação de várias estratégias genéricas compatíveis entre si, adequadas às particularidades da organização e da situação do ambiente organizacional.[369]

Torna-se importante destacar que o termo “Gestão” pode ser definido como o processo de administrar recursos como meio para resolver problemas e alcançar objetivos e metas estabelecidos, com foco no resultado. Esse termo foi tratado como sinônimo de administração e teve maior difusão a partir da década de 1950, com os ensinamentos de Peter Druker, responsável pela criação de vários conceitos pilares da gestão contemporânea. Druker entendia a gestão como a capacidade de promover a inovação sistemática do saber e tirar dela o máximo rendimento na sua aplicação à produção, não somente a hierarquia organizativa de uma administração clássica.[370]

No âmbito da Gestão Pública, autores como James L. Perry e Kenneth L. Kraemer identificam que o termo aproxima os setores público e privado e representa a fusão da orientação normativa da administração pública tradicional e a orientação instrumental da gestão. Numa visão integradora, esses autores argumentam que a gestão pública incorpora temas como democracia e responsabilidade e valores como

---

Machado; DARBILLY, Leonardo Vasconcelos Cavalier. **Teoria geral da administração.** Rio de Janeiro: FGV, 2012, p. 146..

[368] As organizações contam com reservatórios de recursos que podem ser tangíveis ou intangíveis. Recursos tangíveis incluem capital, infraestrutura organizacional, tecnologia disponível, processos, métodos, treinamento, motivação e políticas das organizações. Por outro lado, recursos intangíveis compreendem nome de marca, reputação e capacidade de inovação.

[369] CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução à teoria geral da administração**. 9.ed. Barueri, SP: Manole, 2015, p.608.

[370] DRUKER, Peter. **A sociedade pós-capitalista.** São Paulo: Pioneira, 1993, p.24.

equidade, igualdade e probidade, além de compartilhar da necessidade de alcançar objetivos de forma mais econômica e eficiente, próprios do setor privado.[371]

Por sua vez, a gestão em saúde representa o desdobramento contemporâneo da estratégia dos programas sanitários e da gestão operacional do controle de epidemias nos primórdios da saúde pública, que considera a doença, os germes e as condições ambientais insalubres como oponentes. A instituição dos sistemas nacionais de saúde ampliou o objeto e o campo da gestão em saúde, tendo sido introduzidos conceitos originários da ciência política, da sociologia e da teoria geral da organização. Com isso, cabe recordar que as organizações integradas ao sistema de saúde têm diferentes densidades e composições tecnológicas, tais como a forma de conhecimento, práticas e equipamentos. E sendo assim, as organizações de saúde integradas ao SUS apresentam realidades diversas e plurais, compondo com outras organizações um extenso mosaico de serviços em uma rede de múltiplas conexões. Por conseguinte, torna a gestão dessas organizações bastante complexa, tanto pelo seu objeto, a saúde, como pela sua diversidade tecnológica. Ademais, são constituídas por sujeitos com autonomia exercida de forma desigual, coexistindo distintas produções e experimentações subjetivas.[372]

4.2 Os desdobramentos inerentes à sustentabilidade organizacional dos hospitais e o programa de reestruturação

O hospital contemporâneo assume a produção dos cuidados com a saúde por meio da prestação de serviços. Ao fazer parte do processo de atenção à saúde, constitui-se um subsistema de cuidados secundários (cura e tratamento) e terciários (reabilitação e reintegração). Com isso, o hospital representa uma unidade singular de prestação de serviços de saúde para um conjunto de pacientes que demandam cuidados como exames e regime de internação, cujo tratamento deve ter iniciado na atenção básica (atendimento em unidades de menor porte ou complexidade, como

[371] CARNEIRO, Ricardo. MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. Gestão pública no século XXI: as reformas pendentes. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: desenvolvimento, Estado e políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, v.1, p.135-194, 2013.

[372] GONÇALVES, Ernesto Lima. Estrutura Organizacional do hospital moderno. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 38, n. 1, p.80-90. jan./março,1998

postos, centros de saúde, ambulatórios), além de prestar assistência contínua aos pacientes com condições agudas ou crônica. A composição integral das práticas em saúde no hospital significa prestar cuidados à saúde de forma contínua pela rede, ao contrário do pensamento de que a prevenção se dá nas unidades básicas de saúde e a cura, nos hospitais. O desafio do papel do hospital, sob a ótica do SUS, consiste em reorientar o modo de pensar e fazer saúde, realçando a operacionalização da integralidade, com o melhor custo, a melhor qualidade, o menor tempo, todos de forma humanizada. Nesse sentido, as redes de atenção apresentam objetivos que operam de forma cooperada e interdependente, em que todos os pontos de atenção têm o mesmo grau de importância.[373]

O Hospital Universitário (HU), em decorrência da sua incorporação ao SUS e às Rede de Atenção à Saúde (RAS), deve reorganizar suas funções de forma integrada com as necessidades de saúde de cada região, integrada às redes de provisão de cuidados primários e secundários, por meio da formalização e da subordinação aos sistemas de referência e contra referência, e implementar mecanismos de práticas de gestão de resultados, estabelecidos na Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010[374], que institui a Rede de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do SUS, e na Portaria n. 3.390, de 30 de dezembro de 2013, que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), no âmbito do SUS, estabelecendo as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).[375]

Nesse contexto, os Hospitais Universitários (HU) estão subordinados a normas e diretrizes de três tipos de estrutura: o macroambiente (ou ambiente externo),

---

[373] BONFADA, Diego; CAVALCANTE, José Rodolfo Lopes de Paiva; ARAÚJO, Dayane, Pessoa de; GUIMARÃES, Jacileide. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.2, p.555-560, fev. 2012.

[374] Atributos essenciais do modelo organizacional único da Rede de Atenção à Saúde (RAS) estabelecidos como diretrizes na Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010: Sistema de governança único para toda a rede com o propósito de criar uma missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde; definir objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazo; articular as políticas institucionais; e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações. Cf.: BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 31 dez. 2010.

[375] Segundo a Portaria n. 3.390, de 30 de dezembro de 2013, o hospital integra uma organização médica e social, tendo como função básica, proporcionar a população do território, assistência médica e sanitária integral, tanto para a cura como prevenção, independente do regime de atendimento. Também integram a essa organização os centros de estudos para a formação de recursos humanos e pesquisas em saúde, bem como de encaminhar usuários com a responsabilidade de supervisionar e orientar outros estabelecimentos de saúde que tenham vincula. Cf.: BRASIL Portaria n. 3.390, de 30 de dezembro de 2013, que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

o ambiente de tarefas organizacional e o microambiente (ou ambiente interno). Dessa forma, a gestão do Hospital Universitário (HU), integrado à Rede de Atenção à Saúde (RAS), deve estruturar, de maneira estratégica, todos os recursos para atingir seus objetivos, quais sejam: atender às expectativas do cidadão usuário dos serviços de cuidados à saúde, buscar a otimização da eficiência (voltada para os meios) e a eficácia (voltada para os fins, resultados), aderir a uma gestão orientada por resultados, com processos de avaliação contínua e de legitimação pela sociedade, além de obedecer fielmente aos princípios da administração pública, quais sejam, legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.[376]

As portarias do Ministério da Saúde que normatizam as relações dos Hospitais Universitários (HU) com o SUS designam sua vocação terciária, seu papel de referência estadual dentro do sistema de saúde e de referência no atendimento de alta e média complexidade, além da missão de ser o local de ensino e de investigação biomédica A organização dos serviços de saúde, em seu desenho organizacional e técnico, inclui o modo como são produzidas as ações de atenção e cuidados à saúde e como o Estado se organiza para dar conta deste processo. Fica claro que a atenção básica em saúde, embora seja a porta de entrada preferencial para a população, não esgota as necessidades dos pacientes do SUS, devendo integrar-se aos demais níveis de atenção à saúde (de média complexidade e de alta complexidade). A média complexidade é ambulatorial, composta por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico e tratamento. A alta complexidade consiste no conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados.[377]

Os serviços de saúde têm características que geram exigências particulares em termos de organização e de gestão. Os Hospitais Universitários (HU), como outras organizações do setor de saúde, podem ser compreendidos como instituições com uma estrutura complexa, com características específicas, que utilizam tecnologia sofisticada e sofrem constantes pressões externas por melhoria do seu atendimento e, assim, precisam responder dinamicamente às exigências do meio ambiente, em constante

---

[376] MEDICI, André Cezar. Sistemas de Financiamento e Gestão hospitalar: uma aplicação ao caso brasileiro. In: VECINA NETO, GONZALO; MALIK, Ana Maria. **Gestão de saúde**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016, p.50-72.

[377] MENDES, Eugenio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. 2.ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

mudança. São organizações definidas essencialmente pela prestação de cuidados das necessidades complexas e variáveis, que têm dimensões biofísicas e psicossociais, cuja delimitação varia em função do tipo de problema (agudo, crônico).[378]

Ao longo do tempo, observa-se a construção de três grandes categorias de modelos de estrutura das organizações públicas, influenciadas pelo momento histórico e pela cultura política de determinada época, encontram-se as pré-burocráticas, burocráticas e pós-burocráticas. A análise da estrutura organizacional permite delinear o desenho da organização, suas características, a influência e o papel da tecnologia, a interação com o ambiente de tarefa e aspectos da estrutura formal e informal.[379] A formalização do ambiente interno visa a tornar as organizações mais eficazes e concretas. Desse modo, a estrutura formal evidencia o comportamento dos indivíduos inseridos no seu ambiente de trabalho e as relações de poder existentes, o modo de funcionamento da organização visando a alcançar os objetivos propostos, além de refletir os ideais políticos, econômicos e filosóficos da organização. Ademais, a estrutura formal ocorre baseada na divisão de trabalho, na especialização dos setores, órgãos e pessoas em determinadas atividades.[380]

Nessa direção, pode-se afirmar que a estrutura formal retrata como a organização está moldada e como são desenvolvidas as relações de trabalho quanto à responsabilidade, autoridade, comunicação e capacidade decisória. Outras variáveis também determinam a estrutura organizacional: o grau de especialização das funções de formalização do comportamento; o tipo de treinamento necessário; o tipo de agrupamento das unidades (por função, clientela, de produto, por região etc.): tipo de mecanismo de ligação entre as unidades, de sistema de planejamento e de controle; e o grau de centralização da tomada das decisões.[381]

A organização dos serviços de saúde surgiu como uma organização burocrática, mecanicista, assentada na autoridade legal e racional de Weber, de direção centralizada, separação entre direção e execução, coordenação realizada por meio de normas e regulamentos, em que o cumprimento é controlado pela hierarquia. Tem aspetos peculiares em relação a outros modelos de organizações, tanto na sua estrutura

---

[378] GONÇALVES, Ernesto Lima. Estrutura Organizacional do hospital moderno. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 38, n. 1, p.80-90. jan./março,1998.

[379] A estrutura informal consiste nas relações sociais e pessoais que não foram estabelecidas formalmente, não estão documentadas, e surge em decorrências da interação entre as pessoas no desenvolvimento espontâneo nas relações na organização. Cf.: CHIAVENATO, Idalberto. **Administração, teoria, processo e prática**. 5. ed. Barueri, SP: Manole; 2014, p. 39.

[380] CHIAVENATO, Idalberto. **Administração, teoria, processo e prática**. 5. ed. Barueri, SP: Manole; 2014.

[381] CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução à teoria geral da administração**. 9.ed. Barueri, SP: Manole, 2015, p.375.

organizacional, no seu sistema de produção, bem como no tipo de recursos que utiliza e no ambiente em que está inserida. Ainda que a organização hospitalar apresente traços marcantes de uma organização burocrática, diverge em muitos aspectos do tipo ideal de organização hierárquica definida por Weber. No tipo ideal de burocracia elaborado por Weber, pressupunha-se a emergência do Estado moderno, da economia capitalista de mercado, constituída na base principal de uma gestão estável mais do que eficiente.[382]

Torna-se pertinente ressaltar que, ao longo do tempo, a organização hospitalar teve mudanças significativas com a multiplicação dos serviços e das especialidades médicas e com o desenvolvimento tecnológico da medicina, acarretando importantes alterações na estrutura hierárquica, na estrutura de poder e nos sistemas de comunicação do hospital. As organizações de saúde, no desempenho de atividades como instituição prestadora de serviço à sociedade, incorporam elementos da própria sociedade, sendo interdependente da comunidade que serve. Por ter uma organização altamente especializada, os processos estão em constante mudança e, em decorrência das novas tecnologias, a aprendizagem é contínua assim como o desenvolvimento pessoal e a compreensão interpessoal.[383]

Mesmo que a organização hospitalar tenha alicerce no modelo burocrático e nos padrões de conformidade e uniformidade, com um elevado grau de complexidade quanto aos seus procedimentos, recursos instrumentais e tecnológicos, isso não afasta sua complexidade, tanto com vistas à sua estrutura quanto às relações sociais de trabalho. Segundo a visão dominante da produção teórica sobre o assunto, o hospital funcionaria como um sistema que emprega fatores de produção (mão de obra, materiais, tecnologia, capital) para desenvolver certos processos internos que resultam em determinados produtos e serviços de saúde. Assim, os hospitais funcionam como sistemas abertos, constituídos por um conjunto de variados componentes e variáveis interdependentes, que buscam a realização de uma missão, objetivo ou meta, devendo ajustar-se e reajustar-se constantemente, interagindo continuamente com o meio ambiente, além de sofrerem influências constantemente das mudanças que ocorrem em todos os campos sociais.[384]

---

[382] NUNES, Francisco. As organizações de serviços de saúde: a Alguns elementos distintivos. **Revista Portuguesa de Gestão**, v. 3/4, p. 5-28, 1994.

[383] CARAPINHEIRO, Graça. **Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares**. Porto: Edições Afrontamento; 1998, p. 46.

[384] GONÇALVES, Ernesto Lima. Estrutura Organizacional do hospital moderno. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 38, n. 1, p.80-90. jan./março,1998.

Como uma estrutura orgânica, os hospitais apresentam gestão dual de autoridade, ou seja, apoiam-se no poder e na autonomia profissional que os médicos detêm, apesar da existência de uma estrutura administrativa burocrática. Em outras palavras, os médicos detêm autoridade em razão do saber capaz de curar doenças e de salvar vidas e na competência técnica, o que lhes permite se opor e se sobrepor às exigências da gestão. Por outro lado, apresenta uma linha de autoridade que desce da gestão ao pessoal hospitalar colocado na base da pirâmide hierárquica, fixando, de forma mais ou menos explícita, a autoridade e a responsabilidade atribuídas a cada nível da hierarquia e aos respectivos sistemas de comunicação. Dessa forma, coexistem duas linhas de liderança, que nem sempre agem segundo a mesma lógica de gestão.[385]

A partir da integração ao SUS, os Hospitais Universitários (HU), além de serem as principais instituições que complementam, em termos práticos, o ensino acadêmico nas profissões de saúde, submetendo-se à supervisão das autoridades competentes, mantêm funções definidas no sistema de saúde, subordinando-se à lógica do sistema. As particularidades existentes na operação de instituições hospitalares de ensino acarretam custos comparativamente maiores do que as enfrentadas por instituições não universitárias. As atividades ligadas ao ensino, pesquisa e extensão congregam interesses científicos da comunidade universitária, que implicam a incumbência de serem centro de referência e de alta tecnologia, contribuindo para o progresso técnico em saúde, por conseguinte, elevando os custos. Ademais, ao propiciar atendimento médico de maior complexidade, nível terciário, a uma parcela da população, usuária do sistema, tem seus custos aumentados pela incorporação de novas e avançadas tecnologias.[386]

Os Hospitais Universitários (HU) são estruturados segundo uma burocracia profissional, formada por diversos departamentos de alta especificidade e qualificação, com características severamente distintas, que necessitam ser integradas para fornecer o tratamento mais adequado a seus usuários. Partindo desse olhar, verificam-se alguns desafios a serem superados, que impactam na prestação dos serviços de cuidados à saúde, num contexto cada vez mais exigente da sociedade em geral, tais como: problemas relativos à produção e na aquisição de recursos; concentração de poder; falhas na comunicação; e demora em obter respostas aos problemas emergenciais. Outro fator de destaque consiste na superação das resistências à integração à rede de

---

[385] BONACIM, Carlos Alberto Grespan; ARAÚJO, Adriana Maria Procópio de. Valor econômico agregado por hospitais universitários públicos. **Revista Administração de Empresa**, v.49, n.4, p.419-433, 2009.

[386] NOGUEIRA, Roberto Passos. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro, Qualitymark, 1994.

saúde do SUS, o que possibilita contribuir para a eficiência e maior racionalidade no funcionamento do sistema de saúde. Já que pode ocorrer sobreposição de interesses, em certa medida, para conservar o poder sobre os rumos dos Hospitais Universitários (HU), as corporações médicas universitárias podem minar a vinculação entre as funções do hospital e as reais demandas por saúde, mesmo com base em argumentos científicos e acadêmicos.[387]

Nesse contexto, considera-se pertinente, dados os conflitos de interesses existentes no ambiente do Hospital Universitário (HU), a gestão se desvencilhar da composição dos profissionais das equipes de saúde. O desempenho da gestão profissional nas organizações de saúde implica requisitos de competências específicas na qualificação dos responsáveis pela função. É importante reconhecer a necessidade de conhecimentos específicos para gerir recursos físicos e humanos adequadamente para o alcance dos objetivos estabelecidos. A gestão hospitalar envolve coordenar o conjunto diversificado, especializado, fragmentado de atos de cuidadores individuais, de modo que eles resultem em um cuidado coordenado eficaz, além do planejamento, organização, coordenação, controle, avaliação, com foco estratégico na obtenção de melhores resultados. Com isso, a gestão direciona o fluxo de atividades, incorporando tecnologia e buscando aperfeiçoamento no controle de seus processos internos. Processos que foram definidos por meio de leis, normas, portarias, manuais e políticas para integrar e padronizar cada uma das etapas necessárias que envolvem a prestação dos serviços de saúde à sociedade.[388]

Dessa forma, o Ministério da Saúde publicou a Portaria n. 2.225/GM, de 5 de dezembro de 2002, na qual são definidos os requisitos mínimos para a estruturação técnico-administrativa das direções dos hospitais, exigindo que os hospitais vinculados ao SUS tenham na sua direção pessoas com especialização na área de administração hospitalar, de acordo com a classificação por porte de hospital, reconhecendo, assim, a necessidade de profissionalizar e qualificar a gestão hospitalar no âmbito do SUS, a fim de promover a utilização de práticas gerenciais que possibilitem maior eficácia e eficiência na aplicação dos recursos públicos[389]

---

[387] MEDICI, André Cesar. Hospitais Universitários: passado, presente e futuro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 149-156, abr./jun. 2001.

[388] FUERWERKER, Laura Camargo Macruz. CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 965–71, 2007.

[389] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.2.225/GM, de 5 de dezembro de 2002. Estabelece exigências mínimas para a estruturação técnico/administrativa das direções dos hospitais vinculados ao SUS. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2225_05_12_2002.html.> Acesso em: 25 nov.2017.

O processo de trabalho dos gestores dos Hospitais Universitários (HU) retrata aspectos mais evidentes do modelo de gestão, em que incidem ações que viabilizam o ensino, a pesquisa e a produção dos cuidados à saúde. A eles, cabe elaborar estratégias que possibilitem garantir a qualidade dos serviços com agilidade e a menor custo, promovendo o desenvolvimento da organização. Capacitado e com o perfil alinhado com as diretrizes institucionais, o gestor Hospitalar (HU) tem atribuições de planejamento, organização e gerenciamento dos processos de trabalho, envolvendo gestão de pessoas, materiais e equipamentos. Desenvolve ações na organização e controle de compras e custos, no acompanhamento e supervisão de contratos e convênios e na promoção dos programas de capacitação dos profissionais para acompanhar as inovações.[390]

A utilização de mecanismos e ferramentas de gestão, voltados à implementação de processos de melhoria contínua como planejamento, avaliação e prestação de contas das atividades desenvolvidas, é essencial na complexidade do ambiente em que os Hospitais Universitários estão inseridos. Alinhar maior racionalidade nos gastos e estreitar a relação entre custos e resultados gera equilíbrio financeiro e preserva a capacidade de investimento, favorecendo a sustentabilidade da organização.

Este tem sido o desafio dos Hospitais Universitários Federais (HUF) ao longo das últimas décadas, a viabilidade financeira da instituição. Entre os vários pontos críticos, estão aqueles relacionados aos processos de financiamento, gestão de pessoal e produção de serviços de saúde integrada ao SUS. Não se discute o importante papel na organização e estruturação do SUS, tanto na formação e qualificação profissional, como na pesquisa e desenvolvimento de tecnologias, e na prestação de serviços de referência em saúde. Esses hospitais estão vinculados ao governo federal e a Instituições Federais de Ensino Superior (IFES), financiados e gerenciados pelo Ministério da Educação (MEC) e pelo Ministério da Saúde. Os 50 Hospitais Universitários Federais (HUF) vinculados às 35 Universidades Federais subordinam-se às diretrizes do Ministério da Educação (MEC) e do Ministério da Saúde (MS). Por gerir duas políticas, a educação e a saúde, no cotidiano da gestão dos Hospitais Universitários Federais (HUF), emergem muitas tensões e conflitos de interesses.[391]

---

[390] LITTIKE, Denilda; SODRÉ, Francis. A arte do improviso: o processo de trabalho dos gestores de um Hospital Universitário Federal**. Ciência Saúde Coletiva**, v.20, n.10, p.3051-3062, 2015

[391] NOGUEIRA, Roberto Passos. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro, Qualitymark, 1994.

Os Hospitais Universitários Federais (HUF) vêm passando por crises múltiplas e históricas, em larga medida, originadas principalmente por dificuldades orçamentárias, impactando diretamente na dinâmica interna do desenvolvimento das atividades. Nesse contexto de falta de recursos financeiros, verifica-se que, desde a criação dos Hospitais Universitários Federais (HUF) até a assinatura do convênio do MEC com a Previdência Social em 1974, o financiamento por orçamentação global via Ministério da Educação e Cultura (MEC), subsidiando de forma integral a manutenção dos Hospitais Universitários Federais (HUF), era desvinculado da produção de serviços até a década de 1980. Não havia um sistema que vinculasse os recursos ao cumprimento de metas assistenciais de ensino ou de pesquisa.[392]

Desde então, o Ministério da Educação e Cultura (MEC) começou a reduzir progressivamente os investimentos nos Hospitais Universitários (HU). Grande parte do financiamento para a manutenção passou a ter contrapartida na prestação de serviços assistenciais, sendo o pagamento feito conforme a produção de serviços, não mais por orçamentação global, mas por convênios entre os Hospitais Universitários Federais (HUF) e o Ministério da Assistência e Previdência Social, em 1982, e pela criação da Autorização de Internação hospitalar (AIH)[393], em 1983. Embora algumas alternativas de saneamento da crise tivessem obtido êxito, como a reclassificação dos Hospitais Universitários (HU) ocorrida em 1984 e a criação do Índice de Valorização Hospitalar (IVH) em 1985, acrescidas do Índice de Valorização do Desempenho na área de prestação de serviços ensino em 1987, a internação hospitalar tinha valores adicionais de até 130% de seu valor original. Entretanto, a crise econômica que o país atravessou na década de 1980 deflagrou uma elevação incontrolável dos custos hospitalares causados pela inflação e pela incorporação pouco crítica de tecnologias. O fato de o Ministério da Saúde (MEC) se desobrigar da reposição automática da força de trabalho dos hospitais universitários fez com que comprometessem grande parte de suas receitas com pagamento de pessoal.[394]

---

[392] TORO, Ivan Felizardo Contrera. O papel dos hospitais universitários no SUS: avanços e retrocessos. **Serviço Social & Saúde**, Campinas, v. 4, n. 4, mai. 2005, p. 55-60, mai. 2005.

[393] Em 1976, o Ministério da Previdência sistematizou a avaliação dos serviços médicos prestados por meio da auditagem médica e administrativa das contas a serem pagas. As chamadas contas hospitalares transformaram-se em Guia de Internação Hospitalar (GIH). Em 1978, é criada a Secretaria de Assistência Médica, subordinada ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e surge a necessidade de aperfeiçoar a GIH, que foi substituída, em 1983, pela Autorização de Internação Hospitalar (AIH), no então criado Sistema de Assistência Médica da Previdência Social (SAMPS). Cf.: ALBUQUERQUE, Claudiano. M. de; MEDEIROS, Márcio. B.; FEIJÓ, Paulo Henrique. **Gestão** de **finanças públicas**: **fundamentos e práticas de planejamento, orçamento e administração financeira com responsabilidade fiscal**. 3. ed. Brasília: Gestão Pública, 2013, p.355.

[394] CHIORO DOS REIS, Ademar Arthur. A. Hospitais de Ensino: uma resposta estrutural à crise. **Boletim ABEM**, Rio de Janeiro, p. 8-9, set./out., 2004.

É necessário reconhecer que os Hospitais Universitários Federais (HUF), na época, foram considerados responsáveis pela crise financeira das universidades. A estrutura constituída por esses hospitais para oferecer atividades de alta tecnologia concentrou equipamentos de alta incorporação tecnológica e profissionais especializados, demandando contínuo aprimoramento, o que eleva muito os custos. Segundo estudos da Organização Mundial de Saúde (OMS), os Hospitais Universitários (HU) são 12% mais caros do que hospitais não universitários de alta tecnologia por mesclarem atos médicos com procedimentos didáticos e desenvolvimento de pesquisa.[395]

A década seguinte, de 1990, introduziu profundas mudanças na implementação do sistema de saúde brasileiro, como a alteração da forma de financiamento dos Hospitais de Ensino (HE) e o aumento exponencial da demanda por atendimento via SUS. Ocorre que as instituições não estavam preparadas para receber o grande fluxo de pacientes, que, na maioria, advinha de procura espontânea, não necessariamente com indicação de tratamento em unidade especializada, portanto, mais onerosa. Dado o papel fundamental dos Hospitais de Ensino (HE) na implementação do SUS, a regulação com normativas visando a assegurar os princípios da prática racional e a interdisciplinaridade, sem ferir os princípios éticos e garantir as ações de ensino, pesquisa e extensão, constituiu-se em marco legislativo essencial.[396]

Havia a percepção da necessidade de incentivo à integração dos Hospitais Universitários Federais (HUF) às novas políticas de saúde. Assim, foram publicadas diversas portarias, entre as quais se destaca a Portaria SNES/MS n. 15, de 8 de janeiro de 1991, que primeiro designou os Hospitais de Ensino (HE) como aquelas instituições hospitalares reconhecidas pelo MEC, com funcionamento regular há mais de cinco anos, caracterizadas como centros de referência em nível nacional para procedimentos de alta complexidade, que constassem no Sistema Integrado de Procedimentos de Alta Complexidade (SIPAC) do Ministério da Saúde (MS). Essa mesma portaria criou o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa (FIDEPS), aplicável aos Hospitais de Ensino, e que se constituiu em importante estratégia para ampliar a cooperação dos Hospitais de Ensino (HE) com o SUS, além de institucionalizar a formação e as pesquisas realizadas pelos hospitais de ensino superior.[397]

---

[395] MEDICI, André Cesar. Hospitais Universitários: passado, presente e futuro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 149-156, abr./jun. 2001.

[396] MARTINS, Vidigal Fernandes. Hospitais Universitários Federais e a Nova Reestruturação Organizacional: O primeiro Olhar, Uma Análise de um Hospital Universitário. **Revista de Administração e Contabilidade. Faculdade Anísio Teixeira**, Feira de Santana, v.3, n.2, p.4-22, jul./dez., 2011.

[397] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 15, de 8 de janeiro de 1991, que estabeleceu para estas

O Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa (FIDEPS) corresponde a adicionais sobre a receita das internações: aporte de valores mensais adicionais no faturamento de 25% para as instituições que tivesem curso de medicina ou mais um curso da área de saúde, e de 75% para aquelas que tivessem curso de pós-graduação *stricto sensu*. Outra Portaria SNES/MS n. 32, de 16 de fevereiro de 1993, vincula o repasse do incentivo ao cumprimento de metas de integração dos Hospitais de Ensino (HE) ao sistema, determinando percentual mínimo de 70% da totalidade dos leitos destinados ao SUS. Em 1999, a Portaria n. 22, de 11 de janeiro de 1999, instituiu o Programa Interministerial de Reforço à Manutenção dos Hospitais Universitários Federais, com investimentos oriundos dos Ministérios da Educação e Saúde, que determina as condições de repasse do incentivo condicionado à celebração de contrato de metas entre o Hospital de Ensino (HE) e o SUS.[398]

Na segunda metade da década de 1990, no governo do presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC), no contexto de Reforma Administrativa do Estado brasileiro, capitaneada pelo ministro Luiz Carlos Bresser-Pereira (1995-1998) no Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado (MARE), passou a questionar o Ministério da Educação (MEC), que havia assumido muitas das atribuições que seriam do Ministério da Saúde (MS), os altos gastos dos Hospitais Universitários (HU). Por sua vez, o Ministério da Educação (MEC) manifestou-se apresentando três reivindicações: o início da participação do Ministério da Saúde (MS) no financiamento dos Hospitais Universitários (HU); o estímulo para que os hospitais criassem suas fundações para contratação de pessoal e agilidade em compras emergenciais; e a eficácia dos hospitais universitários. Para responder a essas questões, o Governo Federal já começava a estudar novos instrumentos de gestão para os Hospitais Universitários Federais (HUF).

Vale destacar que os valores do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa (FIDEPS) permaneceram fixos ou tiveram acréscimos abaixo do que seria esperado na lógica anterior, em razão da falta de recursos suficientes nos fundos municipais e estaduais de saúde e ou de pactos de interesse da gestão do SUS, o que significou um desestímulo às iniciativas de integração ao SUS. Não obstante, a remuneração do SUS aos serviços seguia os valores fixados em tabelas editadas pela

instituições o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS). Brasília, DF, 1991.

[398] CARMO, Maria do; ANDRADE, Eli Iôla Gurgel; MOTA, Joaquim Antônio César. Hospital universitário e gestão do sistema de saúde: uma trajetória positiva de integração. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 11, n. 4, p. 387-394, jan./mar. 2007.

Secretaria de Atenção à Saúde e, muitas vezes, não correspondia ao valor do custo dos procedimentos realizados. Ademais, O SUS, ao limitar as quantidades de procedimentos prestados pelos hospitais, estabelecia tetos financeiros, não oferecendo cobertura integral dos custos. E assim sendo, o hospital não tinha garantia de recebimento de todos os procedimentos realizados em sua produção de serviços ambulatorial e hospitalar, comprometendo o equilíbrio entre receitas e despesas, por conseguinte, a sustentabilidade da instituição.[399]

Não há dúvida de que a Reforma Administrativa do Estado teve impacto significativo no financiamento dos Hospitais Universitários (HU). Incentivada por anseios sociais por maior eficiência, transparência e eficácia na aplicação dos recursos públicos, a reforma teve o objetivo de superar a crise que assolava a economia. Por certo, contribuiu muito para evidenciar as fragilidades das instituições e pautar o debate sobre a viabilidade financeira e a sustentabilidade dos Hospitais Universitários (HU). De um lado, a política recessiva disseminada pela Reforma Administrativa do Estado, preconizando a flexibilização do emprego público e um rígido controle do governo sobre os gastos com pessoal. De outro lado, a expansão da demanda de serviços imposta a estes hospitais pela implementação do SUS. Este cenário, acrescido da redução gradativa de pessoal, decorrente da não realização de concursos públicos, da política de repasse orçamentário insuficiente e da escassez de investimentos em tecnologia e infraestrutura, provocou o agravamento da crise nos Hospitais Universitários Federais (HUF).[400]

Em 1999, ocorreram mudanças nas regras do recebimento do incentivo do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa (FIDEPS). A Portaria do Ministério da Saúde n. 1.127, de 31 de agosto, previa a verificação *in loco* das reais condições de funcionamento dos hospitais habilitados pela Secretaria de Assistência à Saúde e pelos Gestores do SUS. De outra parte, no mesmo ano, a desvalorização do real frente ao dólar potencializou a situação de risco. Apesar do Programa de Reforço à Manutenção dos Hospitais Universitários Federais, os recursos de financiamento não foram suficientes. Com isso, emergiu o debate sobre a crise e possíveis soluções, entre as quais foram sugeridas medidas como aumentos de tabelas de procedimentos, fim dos tetos financeiros e físicos impostos pelos gestores, perdão das dívidas, entre outras

---

399 BITTAR, Olímpio José Nogueira V. Instrumentos gerenciais para tornar eficiente o financiamento dos hospitais de ensino. **Revista de Administração em Saúde,** São Paulo, v.5, n.17, p. 9-18, out. 2002

400 COLOSSI, Nelson. Estudo da função extensionista e assistencial do HU/UFSC. In: PEREIRA, Márcia dos Santos. **Mudança organizacional na saúde: desafios e alternativas de um hospital universitário**. Belo Horizonte: FACE, 2004, p.166.

nessa direção. Nesse ínterim, as dívidas foram se acumulando e as dificuldades financeiras cresceram, questões como manutenção, investimentos para atualização tecnológica e produtividade ocupavam um segundo plano. Destacavam-se, no agravamento da crise, a política de não permitir concursos públicos e a contratação de pessoal ocorrer por meio de fundações de apoio, levando a um déficit ainda maior. Nesse contexto, a percepção de vários atores ligados à área da saúde e educação apontava para a existência de diversas determinantes responsáveis para o estado de crise crônica dos Hospitais Universitários Federais (HUF).[401]

Justamente por essas razões, em 2003, primeiro ano de governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, a crise dos Hospitais de Universitários Federais (HUF), identificada como estrutural e de múltiplas dimensões, foi direcionada à adoção de uma política global consistente. A intensa pressão sobre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC), liderada pela Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE), pela Frente Parlamentar da Saúde, com a participação de outras instituições ligadas ao assunto, desencadeou no Congresso Nacional a realização de sucessivas audiências públicas para discutir a situação desses hospitais.[402]

Desse debate resultou a Portaria Interministerial MEC/MS/MCT/MPOG nº 562, de 12 de maio de 2003, que constituiu a Comissão Interinstitucional com o intuito de avaliar e diagnosticar a situação dos Hospitais de Ensino (HE) no Brasil. No relatório final[403] da Comissão, foi sugerida uma série de modificações nas normas de aprovação e liberação orçamentária dos recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) para os Hospitais Universitários Federais (HUF), visando a reorientar e formular a política nacional para o setor. Esta política resultou na publicação da Portaria Interministerial MS/MEC n. 1000, de 2004, que normatizava e instituía o processo de certificação dos Hospitais de Ensino (HE), segundo novos critérios. Entre os prerrequisitos obrigatórios colocados para sua certificação, estavam: a participação nas políticas prioritárias do

---

[401] CHIORO DOS REIS, Ademar Arthur; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. A política de reestruturação dos hospitais de ensino: notas preliminares sobre os seus impactos na micropolítica da organização hospitalar. **Saúde em Debate**, v.33, n. 81, p. 88-97, 2009.

[402] DRAGO, Leandra Maria Borlini. A gestão dos serviços de saúde pós 1988: o caso dos hospitais universitários. In: GARCIA, Maria Lúcia Teixeira (Org.). **Análise da política de saúde brasileira**. Vitória: EDUFES, 2014, p. 45-80.

[403] Os critérios de certificação das instituições como Hospitais de Ensino (HE) incluem: a participação nas políticas prioritárias do SUS; a colaboração ativa na constituição de uma rede de cuidados progressivos em saúde, estabelecendo relações de cooperação técnica no campo da atenção à saúde, e da docência com a rede básica, de acordo com as realidades regionais; a destinação de 100% dos seus leitos ao SUS no prazo de quatro anos; e a manutenção, sob regulação do gestor local do SUS, da totalidade dos serviços contratados. Cf.: BRASIL. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.000, de 15 de abril de 2004. Dispõe sobre a certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. Diário Oficial da União.Brasília, DF, 2004.

SUS; a colaboração ativa na constituição de uma rede de cuidados progressivos em saúde, estabelecendo relações de cooperação técnica no campo da atenção à saúde e da docência com a rede básica, de acordo com as realidades regionais; a destinação de 100% dos seus leitos ao SUS no prazo de quatro anos; e a manutenção, sob regulação do gestor local do SUS, da totalidade dos serviços contratados. Dessa maneira, diferenciou-se cada hospital: filantrópico, universitário, de ensino, de pequeno porte ou conveniados. Assim, cada qual teria sua forma específica de tratamento, definido o orçamento de acordo com cada necessidade. Além de instituir uma nova política de melhoria na gestão desses hospitais.[404]

A partir daí, foram publicadas outras portarias dos Ministérios da Saúde e da Educação: a Portaria Interministerial MS/MEC n.1.007, de 27 de maio de 2004, que altera a forma de financiamento dessas instituições e reintroduz a modalidade de orçamentação global; a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.002, de 15 de abril de 2004, que estabelece as bases para o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino, incluindo os hospitais de diferente natureza jurídica; a Portaria Interministerial do Ministério da Educação e Ministério da Saúde n. 1.006, de 27 de maio de 2004; e a Portaria do Ministério da Educação, que cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do SUS, específica para os hospitais federais.[405]

O Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino (HE) expressa as principais estratégias do governo federal na tentativa de recuperar a sustentabilidade, redefinir responsabilidades com vistas a uma orçamentação mais adequada destas instituições, efetivar o controle social sobre as ações de saúde e, não menos importante, formalizar a inserção e a integração desses hospitais nas Redes de Atenção à Saúde (RAS). Por meio da celebração de contrato, define-se como base de cálculo para o repasse fixo mensal a série histórica de serviços produzidos, acrescida dos valores do FIDEPS (Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa em Saúde), de novos incentivos e do impacto dos reajustes futuros dos valores da remuneração. Ademais, são incluídas cláusulas relacionadas a metas e indicadores de qualidade e de produção de serviços, abrangendo aspectos como gestão, modo de produzir a assistência, definição clara da inserção na rede do SUS, pesquisa, ensino bem como

[404] CARMO, Maria do; ANDRADE, Eli Iôla Gurgel; MOTA, Joaquim Antônio César. Hospital universitário e gestão do sistema de saúde: uma trajetória positiva de integração. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 11, n. 4, p. 387-394, jan./mar. 2007.

[405] CARVALHO, Déa Maria Tarbes de. Financiamento de assistência médico-hospitalar no Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**, v.12, n.4, p.879-892, jul./ago., 2007.

desenvolvimento e avaliação de tecnologias para prestação de serviços a saúde, bem como a definição clara de sua inserção na rede.[406]

4.3 Implicações na flexibilização do processo de trabalho na prestação de serviço à saúde com as fundações de apoio

Os recursos financeiros para manter os Hospitais Universitários Federais (HUF) até 2004, eram provenientes do Ministério da Educação (MEC), responsável pelo pagamento do pessoal, e pelo Ministério da Saúde (MS) responsável por repassar os recursos em contraprestação de serviços de média e alta complexidade e procedimentos estratégicos de acordo com a Tabela SUS, acrescidos dos Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa em Saúde (FIDEPS). O FIDEPS, criado para promover a integração dos Hospital Universitário (HU) ao SUS, teve o intuito de apoiar o desenvolvimento da infraestrutura necessária ao ensino e a pesquisa, entretanto, não atingiu plenamente seus objetivos. Ocorre que progressivamente incorporou-se ao orçamento dos hospitais um contexto de financiamento estatal insuficiente e inadequado para disponibilizar os recursos necessários ao seu funcionamento. Apesar da alta relevância social, os Hospitais Universitários Federais (HUF) têm enfrentado constantes embates de falta de recursos humanos, problemas nos modelos de gestão, insuficiência no financiamento da produção dos serviços, ausência de investimento em equipamento e estrutura física, que afetaram o seu desempenho.[407]

A realidade dos Hospitais Universitários Federais (HUF) fica evidenciada no crescente déficit financeiro anual, em razão do pagamento com valores defasados da tabela SUS para cobrir os procedimentos hospitalares. Embora o déficit no pagamento dos procedimentos não fosse o único problema dessas organizações, a falta de sinalização do Ministério do Planejamento (MP) a favor da realização de concursos resultou no déficit histórico de reposição de pessoal. Dessa forma, o caminho alternativo levou à prática de ações envolvendo certo grau de precariedade, como a contratação

[406] TORO, Ivan Felizardo Contrera. O papel dos hospitais universitários no SUS: avanços e retrocessos. **Serviço Social & Saúde**, Campinas, v. 4, n. 4, mai. 2005, p. 55-60, mai. 2005.

[407] CHIORO DOS REIS, Ademar Arthur. **Entre a Intenção e o ato: Uma análise da política de contratualização dos hospitais de ensino (2004 – 2010**), [Tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2011, p.20.

de pessoal por outros vínculos de trabalho (fundações de apoio, cooperativas, terceirizadas).[408]

Essas experiências de modalidades alternativas à administração estatal direta dos Hospitais Públicos ganharam evidência na década de 1990, no contexto de proposta de revisão de funções do Estado e de Reforma da Administração Pública. Um fenômeno relevante de proliferação dessas experiências motivada por propostas do governo federal, de governos estaduais ou municipais, ou por iniciativa das próprias instituições. Esta proposta consistia na transferência dos serviços de saúde às entidades como fundações, cooperativas, associações, entidades filantrópicas sem fins lucrativos (ou com fins lucrativos) e entidades civis de prestação de serviços. O argumento se centrava na melhoria dos serviços à comunidade, no aumento da autonomia gerencial e maiores responsabilidades para os dirigentes desses serviços, além do aumento da eficiência e da qualidade dos serviços e menor custo.[409]

Esta alternativa de contratação acompanhou a tendência de fomentar a constituição de organizações do terceiro setor no formato de fundações de apoio para realizar parcerias com instituições públicas. A Lei n. 8.958, de 20 de dezembro de 1994, no seu primeiro artigo, limita ao objeto (apoio à pesquisa, ensino, extensão, desenvolvimento institucional, científico e tecnológico) a finalidade para a criação de fundações de apoio às universidades. Entretanto, durante algum tempo, ocorreu a utilização das fundações para contratação de pessoal para operação de Hospitais Universitários (HU). Com isso, instaurou-se a problemática da contratação indireta de pessoal (sob vínculo empregatício ou como prestadores de serviços) para desempenho de funções permanentes do Hospital. Deve-se levar em conta que a contratação das fundações não envolvia a vinculação direta com projetos específicos, mas compreendia a operação regular do hospital, caracterizando-se contratação distinta da permitida pela lei, implicando múltiplas vedações legais.[410]

As fundações de apoio às universidades ganharam evidência no contexto de significativa redução de orçamento no processo de Reforma Administrativa do Estado no governo de Fernando Henrique Cardoso.[411] A reforma buscou promover, política e

---

[408] FERREIRA, Sandra Regina Viegas; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. O programa de reestruturação dos Hospitais de Ensino (HE) do Ministério da Educação (MEC) no Sistema Único de Saúde (SUS): uma inovação gerencial recente. **RAS**, v.11, n.44, p.113-26, 2009.

[409] MACHADO, Cristiani Vieira. Novos modelos de gerência nos hospitais públicos: as experiências recentes. ***Physis*: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 105-119, 2001.

[410] BITTENCOURT, Fernando Moutinho Ramalho. Contratações públicas e fundações de apoio. **Revista de Informação Legislativa**. Brasília, ano 43, n. 171, jul./set. 2006.

[411] Fundações de apoio as universidades, regulamentadas e legitimadas pela Lei n. 8.958, de 1994; pelo Decreto n. 7.423, de 2010; e Portaria Interministerial MEC/MCTI n. 191, de 2012. Atuam como intermediárias entre os recursos públicos e a universidade e objetivam o auxílio e o fomento aos projetos

ideologicamente, modificações na gestão pública, apoiada na ideia de transformar a administração voltada para resultados, ou como designado à época, modelo gerencial. Para isso, o instrumento de atuação envolveu medidas legislativas, mudanças regulatórias e elaboração de projetos e programas. Entre as ações governamentais, destacaram-se medidas como teto para o gasto com funcionalismo, alterações no caráter rígido do regime jurídico único e a introdução do princípio da eficiência entre os pilares do direito administrativo.[412]

Algumas medidas de cunho liberalizante apontaram para a desregulamentação do mercado de trabalho em clara reordenação da estratégica do papel do Estado, que passou de impulsionador do desenvolvimento para impulsionador da competividade do capital internacional, alterando as relações com o mercado e a sociedade. A desregulamentação tentava promover a simplificação e a atualização de normas nas áreas de recursos humanos, tais como serviços gerais, informática, assim como visava a remover obstáculos para a construção de bases legais que possibilitassem a celebração de contratos de gestão.[413]

A Emenda Constitucional no 19, de 4 de junho de 1998, um dos principais instrumentos responsáveis pela mudança do perfil da Administração Pública no país, consagrou os processos de contratualização, mecanismo utilizado para gerir resultados nos órgãos ou entidades, como uma maneira de atingir metas previamente estabelecidas junto ao núcleo estratégico de governo. Dessa forma, o artigo 37, parágrafo oitavo, da Constituição de 1988 institui o mecanismo de contrato de gestão entre o poder público e o gestor da administração direta ou indireta, com a fixação de objetivos e metas de desempenho para o alcance de resultados.[414] Contratos de gestão, contratos de resultados ou, ainda, contratualização de resultados, são identificados como uma das principais estratégias da Nova Gestão Pública (NGP), conhecida como *New Public Management* (NPM), reconhecida nos países que compõem a Organização para Cooperação Econômica e Desenvolvimento (OECD) como capaz de promover mudanças substantivas na qualidade dos serviços públicos, sendo fonte inspiradora para a reforma administrativa do ministro Luiz Carlos Bresser-Pereira.[415]

---

de pesquisa, ensino e extensão das universidades federais.

[412] ABRUCIO, Fernando Luiz. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. **Revista de Administração Pública**, v. 41, n. 1, p. 67-86, 2007.

[413] TORRES, Marcelo Douglas de Figueiredo. **Agências, contratos e OSCIPS: a experiência pública brasileira**. Rio de Janeiro: FGV, 2007, p.97.

[414] OLIVEIRA, Gustavo Justino de. **Contrato de gestão**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2008, p.42.

[415] BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Da administração pública burocrática à gerencial. **Revista do Serviço Público/Fundação Escola Nacional de Administração Pública**. Brasília: ENAP, v. 120, n. 1, jan./abr.,1996

A Nova Gestão Pública (NGP) surge em oposição ao modelo burocrático weberiano da administração pública, cujas características essenciais são a formalidade, a impessoalidade e o profissionalismo, privilegiando os procedimentos e regras em detrimento da avaliação do desempenho. O contexto socioeconômico contemporâneo, em mutação constante, que demanda flexibilidade e adaptação para assegurar a produtividade, mostrou-se apropriado para o modelo gerencial determinado pela descentralização do processo decisório, pelo incentivo à criatividade, pelo controle de resultados, e participação da sociedade, que acaba por ser,[416] ao menos em tese, mais adaptável à sociedade do final do século XX.

Apesar do caráter inovador das ideias da reforma Bresser, sua implementação prática foi marcada por uma série de vicissitudes. Sem força e sustentação para ter continuidade, o projeto não atingiu todos objetivos propostos, mas consolidou algumas inovações institucionais com novas formas de controle sobre o gasto e desempenho das organizações públicas, como a contratualização. O processo de contratualização de saúde na gestão pública busca estabelecer uma relação clara e objetiva, ao introduzir uma ferramenta capaz de conseguir uma prestação de cuidados de saúde eficiente e equitativa, com base em um processo de negociação, com metas e resultados a serem atingidos, visando as necessidades de saúde da população.[417]

O termo contratualização indica o neologismo correspondente à complexidade da contratação, e se caracteriza pela definição de resultados por meio de indicadores e metas, implicando um processo de permanente avaliação e ajustes. Para Gustavo Justivo de Oliveira, contratualização significa um conjunto de atividades que altera as relações baseadas na subordinação por relações estabelecidas na discussão e na troca. A escolha dos poderes públicos em valorizar uma forma de gestão em que privilegia o acordo, a negociação, a coordenação, a cooperação e a colaboração.[418] O modelo de contratualização configura relações pactuadas e formalizadas entre gestores e prestadores de serviços, cujas obrigações reciprocas são estabelecidas focadas nos resultados (fins). Na visão tradicional de contratação, o foco e a forma pela qual se constrói o instrumento pactuado enfatizam os meios, ou seja, o processo.[419]

.

[416] HIRONOBU, Sano; ABRUCIO, Fernando Luiz. Promessas e resultados do Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das Organizações Sociais de Saúde em São Paulo. **Revista de Administração de Empresas**, v.48, p. 64-80, 2008.

[417] ABRUCIO, Fernando Luiz. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. **Revista de Administração Pública**, v. 41, n. 1, p. 67-86, 2007.

[418] OLIVEIRA, Gustavo Justino de. **Contrato de gestão**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2008, p.46.

[419] ALCOFORADO, Flavio Carneiro Guedes. **Contratualização e eficiência no setor público: as organizações sociais**. *X Congreso Internacional del CLAD sobre a Reforma del Estado y de la*

Inserida no Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino, a nova modalidade de contratação dos Hospitais de Ensino (HE) com o SUS estabelece metas considerando quatro pilares: 1. compromissos com o SUS em relação à produção de serviços de saúde à população; 2. compromisso com a formação e educação permanente; 3. polo de referência em pesquisa e avaliação tecnológica em saúde; 4. aprimoramento da gestão. Desse modo, no âmbito da produção dos cuidados à saúde, o programa preconiza o aumento de procedimentos de média e alta complexidade e a diminuição dos procedimentos de atenção básica. Entre outras diretrizes, estabelece a introdução de modalidades assistenciais que diminuam o tempo de internação; a oferta de 100% dos leitos para o SUS; a inserção do hospital no sistema de urgência e emergência; e a introdução de práticas e estruturas qualificadoras da assistência. No âmbito da formação, estabelece diretrizes para a participação e integração das ações de desenvolvimento das políticas de educação permanente como polo de educação permanente, entre outras medidas. No campo da pesquisa e avaliação tecnológica em saúde (ATS), aponta para a gestão de tecnologias com a definição de critérios e procedimentos para seleção, aquisição e uso de tecnologias em saúde (equipamentos, medicamentos, insumos, procedimentos etc.).[420] No tocante à gestão, sugere a introdução de estruturas colegiadas, planejamento participativo e ampliação do controle social; estabelece um mecanismo contínuo de avaliação como método de trabalho; programação orçamentária e financeira mais efetiva; implementação de processos de controle e regulação dos serviços ofertados.[421]

O Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino altera a forma de financiamento, que, até então, era baseada apenas na produção de serviços, passa a ser também de acordo com o cumprimento de metas anteriormente definidas e pactuadas na prestação dos cuidados à saúde, formação e pesquisa. O novo modelo

---

Administración Pública. Santiago, Chile, 18-21.out., 2005, p,1-2.

[420] A Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) constitui um processo abrangente de investigação das consequências clínicas, econômicas e sociais da utilização das tecnologias em saúde, emergentes ou já existentes, desde a pesquisa e desenvolvimento até a obsolescência. Apresenta como fontes de investigação: eficácia, efetividade, segurança, riscos, custos, relações de custo-efetividade, custo-benefício e custo-utilidade, equidade, ética, implicações econômicas e ambientais das tecnologias, entre outras variáveis envolvidas na tomada de decisão dos gestores em saúde. O fluxo para incorporação de tecnologias, no âmbito do SUS, foi instituído pela Portaria GM n. 152/ 2006, essa regulamentação define como prerrogativa do Decit (Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde) a realização de estudos em Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) somada a seus aspectos logísticos, como tipologia, modelagem e prazo, considerando o perfil da rede institucional com potencial para a realização de estudos. Cf.: BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Avaliação de Tecnologias em Saúde: institucionalização das ações no Ministério da Saúde. Revista Saúde Pública, v.40, n.4, p.743-747, 2006.

[421] TORO, Ivan Felizardo Contrera. O papel dos hospitais universitários no SUS: avanços e retrocessos. **Serviço Social & Saúde**, Campinas, v. 4, n. 4, p. 55-60, mai. 2005.

de financiamento prevê orçamento global misto, uma vez que apenas os procedimentos de alta complexidade que compõem o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) continuariam sendo pagos por produção. A média complexidade, que apresentava maior estrangulamento e déficit no SUS, tem orçamento de acordo com recursos adicionais, calculados com base na série histórica de produção de cada instituição. As medidas propostas no programa objetivaram o aumento da oferta de serviços ao SUS e o incremento de recursos para os Hospitais Universitários Federais (HUF), reconhecendo e privilegiando a parceria com o sistema público de saúde. Outra vantagem dessa forma de financiamento consiste no fato de que o contratado, após cumprir metas pactuadas e havendo excedente de recursos, poderá utilizá-los segundo suas necessidades e perfil populacional.[422]

É importante salientar que o processo de contratualização tem como prerrequisito obrigatório e indispensável a certificação, que, por sua vez, envolve várias exigências a serem cumpridas pelos hospitais. A primeira exigência consiste na solicitação da certificação e culmina com a avaliação pelos representantes do Ministério da Educação e da Saúde. Para solicitar a certificação, o hospital deve estar inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e cumprir alguns requisitos, tais como: servir de campo para a prática de atividades curriculares na área da saúde; abrigar alunos em atividades curriculares de ao menos um curso de medicina e dois outros cursos da saúde; ter programas de residência médica credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM); garantir acompanhamento diário por docente ou preceptor para os estudantes de graduação e residentes; dispor de projeto institucional próprio ou vinculado a uma Instituição de Ensino Superior (IES) para o desenvolvimento de atividades regulares de pesquisa científica e avaliação de tecnologias, de mecanismos de gerenciamento das atividades de ensino e de pesquisa, de instalações adequadas de ensino e de acesso a biblioteca atualizada e especializada na área da saúde; participar das políticas prioritárias do SUS; colaborar ativamente na constituição de uma rede de cuidados progressivos à saúde; e dedicar um mínimo de 60% dos leitos ativos ao SUS.[423]

Desse modo, o processo representa um importante fator indutor na qualificação das instituições por possibilitar a correção de eventuais impropriedades de

---

[422] CHIORO DOS REIS, Ademar Arthur. **Entre a Intenção e o ato: Uma análise da política de contratualização dos hospitais de ensino (2004 – 2010)**, [Tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2011, p.22.

[423] BRASIL Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial n. 2.400, de 02 de outubro de 2007. Estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 02 out. 2007.

inclusão e exclusão dos hospitais nas categorias de universitário e ensino, cabendo ao gestor local do SUS solicitar ao Ministério da Saúde (MS) a inclusão da unidade hospitalar no programa mediante assinatura do instrumento contratual. Anexado a este documento, deve constar o Plano Operativo, de validade máxima de 12 meses, especificando as metas físicas e de qualificação e os indicadores que possibilitam o acompanhamento e a avaliação da Instituição. Essas metas são revisadas anualmente e submetidas a um rígido controle de resultados.[424]

A avaliação dos hospitais, feita pela Comissão Executiva de Certificação, e composta pelos representantes do Ministério da Saúde (MS) e da Educação (MEC), segue os critérios estabelecidos nas Portarias Interministeriais MS/MEC n. 1.000, de 15 de abril de 2004, e n. 1.005, de 27 de maio de 2004, posteriormente substituídas pela Portaria Interministerial MS/MEC n. 2.400, de 2 de outubro de 2007, que atualiza os requisitos para certificação de Hospitais de Ensino, incluindo nos anexos o fluxo a ser obedecido, os documentos necessários e o número mínimo de vagas exigidas para a entrada de novos residentes. A avaliação consiste em verificar, por meio de análise documental do hospital e visita no local, o atendimento dos critérios estabelecidos. A solicitação tem caráter contínuo, mas a certificação tem validade de dois anos, podendo ser suspensa a qualquer momento.[425]

Cabe reconhecer que a contratualização direciona o desenvolvimento do trabalho com controle sobre os resultados e o monitoramento das ações, trazendo vários benefícios, quais sejam: programação orçamentária e financeira; controle e regulação dos serviços ofertados de acordo com a demanda e as necessidades do gestor local; gestão hospitalar com planejamento; articulação das atividades ensino-serviço de acordo com a necessidade de saúde da população; promoção da transparência da relação gestor-prestador de serviço; comprometimento dos trabalhadores das unidades hospitalares; participação e controle social; articulação das atividades ensino-serviço de acordo com a necessidade de saúde da população; e responsabilização dos representantes das unidades hospitalares.[426]

---

[424] LIMA, Sheyla Maria Lemos; RIVERA, Francisco Javier Uribe. A contratualização nos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n.9, p.2507-2521, 2012.

[425] BRASIL. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.000, de 15 de abril de 2004. Dispõe sobre a certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. Brasília, DF, 2004; BRASIL. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.005, de 27 de maio de 2004. Define os documentos para verificação do cumprimento dos requisitos obrigatórios relacionados aos incisos I a XVII do artigo 6º da Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.000, de 15 de abril de 2004. Brasília, DF, 2004; BRASIL. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 2.400, de 2 de outubro de 2007. Estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino**.** Brasília, DF, 2007.

[426] LIMA, Sheyla Maria Lemos; RIVERA, Francisco Javier Uribe. A contratualização nos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n.9, p.2507-2521, 2012.

Não há como negar que o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino de 2004 marca a história recente do SUS ao induzir Hospitais de Ensino (HE) a desenvolver as capacidades de organização e gestão das instituições. Embora fortaleça a sustentabilidade organizacional dessas instituições, como propõe o programa, representa a questão de maior relevância no contexto da consolidação do atual sistema de saúde do país. Como observam os autores Sérgio Pinto Machado e Ricardo Kuchenbecker, a sustentabilidade organizacional é entendida como resultado de práticas efetivas de gestão e planejamento, equilíbrio financeiro, orçamentação, preservação de capacidade de investimento e gestão de pessoas.[427]

Por essas razões, a aposta oficial conta que o processo de certificação, associado a uma nova forma de financiamento por meio do processo de contratualização entre os Hospitais de Ensino (HE) e o gestor do SUS, torna possível maior cooperação entre a rede pública de saúde e os hospitais e, por conseguinte, maior sustentabilidade, mas as pesquisas revelaram que na prática a certificação teve maior impacto que a contratualização. Em linhas gerais, o processo de certificação trouxe melhorias para os hospitais em todos os campos, inclusive na gestão, pois induziu à implementação de algumas práticas, estruturas de qualificação assistencial e gerenciais, necessárias à melhoria do desempenho. A política de contratualização, por sua vez, ainda que tenha melhorado a cooperação e reforçado a inserção do hospital na rede, os impactos mais importantes foram a ampliação do aporte de recursos e a mudança no modelo de financiamento, representando um alívio efetivo na crise financeira. Ainda que tenha melhorado a capacidade de planejamento e gestão, não foi possível atingir as mudanças organizacionais propostas, não obstante tenha fortalecido interface ao Ministério da Educação (MEC), que anteriormente era omisso.[428]

Ocorre que a área da saúde se caracteriza por uma grande demanda de mão de obra qualificada, exigindo a adoção de políticas e práticas de gestão de recursos humanos capazes de responder a esse contexto. No entanto, o cenário com a falta de pessoal agravou-se em razão da proibição da realização de concurso público para a reposição das vagas de técnico-administrativos, decorrentes das vacâncias geradas em cada instituição, no período de 1995 a 2002.[429] Para atender o aumento da

---

[427] MACHADO, Sérgio Pinto; KUCHENBECKER, Ricardo. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil**. Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n.4, p.871-877. 2007.

[428] LIMA, Sheyla Maria Lemos; RIVERA, Francisco Javier Uribe. A contratualização nos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n.9, p.2507-2521, 2012.

[429] A Medida Provisória de 1996, consolidada na Lei 9.632, de 1998, extinguiu 28.451 cargos e colocou em extinção mais de 71.930 cargos de técnico-administrativos, no total de 100.381, em larga medida, pertencentes a instituições federais de ensino. O Decreto n.4.547, de 27 de dezembro de 2002, conforme extinguiu mais 7.475 cargos efetivos vagos de técnico-administrativo do quadro de pessoal das

demanda com a incorporação ao SUS, em 2003, iniciou-se o processo de contratação voltado para o atendimento dos Hospitais Universitários Federais (HUF). Nesse período, a tendência crescente pela busca de configurações alternativas, capazes de proporcionar uma gestão mais flexível, assumiu uma relevância ímpar.[430]

Mesmo depois de terem recebido 13.042 novos funcionários públicos entre 2002 e 2005, ainda havia déficit no quadro de pessoal dos Hospitais Universitários Federais (HUF). Para atender o aumento da demanda sem o proporcional incremento do quadro de pessoal efetivo, as universidades passaram a utilizar os pagamentos do SUS direcionados à prestação de serviços do pessoal de saúde e técnico-administrativo, via fundações de apoio ou cooperativas. Em 2006, o Tribunal de Contas da União (TCU) expõe um panorama acerca das terceirizações presentes na administração pública, tendo constatado que mais de 27 mil trabalhadores terceirizados estavam em situação irregular dentro dos Hospitais Universitários (HU) e decidido que essa situação deveria ser reparada até 2010.[431]

Nesse sentido, o Acórdão do TCU n. 1520, de 23 de agosto de 2006, aborda a proposta encaminhada ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) ao Tribunal, em novembro de 2005, para a substituição gradual dos postos de trabalho terceirizados irregularmente por servidores concursados no âmbito de órgãos da Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional, todas sob subordinação técnica ao Órgão Central do Sistema de Pessoal Civil do Poder Executivo (SIPEC), e prorroga os prazos concedidos anteriormente. [432]

O Tribunal de Contas da União (TCU) identificou que dos recursos de custeio, repassados pelos SUS, mais de R$ 200 milhões estavam sendo utilizados anualmente para completar seu quadro funcional, com força de trabalho terceirizada.

---

instituições federais de ensino superior. Cf.:BRASIL. Lei n. 9.632, de 7 de maio de 1998. Dispõe sobre a extinção de cargos no âmbito da Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9632.htm>. Acesso em 13 out. 2017; BRASIL. Decreto n.4.547, de 27 de dezembro de 2002. Dispõe sobre a extinção de cargos efetivos no âmbito da Administração Pública Federal. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4547.htm>. Acesso em: 13 out.2017.

[430] MULHOLLAND, Timothy Martin; TRISTÃO, Dulce Maria; MAIA, Cármen Regina. Gestão de Pessoas. In: BRASIL. Tribunal de Contas da União com o apoio da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação; Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior; Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras (Real.). **I Fórum sobre as Instituições Federais de Ensino Superior**. Brasília: TCU, 2008, p.85-89.

[431] CISLAGHI, Juliana Fiuza. Hospitais Universitários Federais e novos modelos de gestão: faces da contrarreforma do Estado no Brasil. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (Org.). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011, p.56-63.

[432] BRASIL. TCU. Acórdão do Tribunal de Contas da União n. 1.520, de 23 de agosto de 2006, Plenário, 2006.

Considerado uma irregularidade gravíssima pelo Ministério Público Federal (MPF) e pelo Tribunal de Contas da União (TCU), mas diante da situação constituída e de reversão problemática, implicaria a demissão da maior parte dos profissionais dos hospitais, com consequências na continuidade de parcela significativa dos serviços. Para sanar a situação de excepcionalidade, o Tribunal permitiu a manutenção desses contratos como momento transitório até que fossem criadas e providas as vagas respectivas no quadro dos hospitais.[433]

Nessa direção, o Primeiro Fórum sobre as Instituições Federais de Ensino Superior (IFES), promovido pelo Tribunal de Contas da União (TCU), em 2008, divulgou o relatório contendo um amplo diagnóstico dos Hospitais Universitários Federais (HUF) com informações sobre o sistema de educação e de saúde pública, com o intuito de promover uma solução integrada entre os Ministérios da Educação, Saúde e Planejamento. No mesmo ano, o Tribunal de Contas da União (TCU) verificou a lotação da força de trabalho nesses hospitais em regimes precários ou desregulamentados, em decorrência de diferentes composições de contratação dentro da mesma instituição. Constatou-se a existência de profissionais contratados por tempo determinado de serviço pela própria universidade ou via fundações; serviços terceirizados, em especial em áreas de higienização, segurança, transporte e nutrição; prestação de serviços mediante Recibo de Pagamento a Autônomo (RPA); e Solicitação de Serviço de Pessoa Externa (SSPE). A contratação de trabalhadores de forma indireta para o exercício de tarefas próprias de servidores públicos afronta o princípio da seleção mediante concurso público e a legislação trabalhista. Ademais, a multiplicidade de vínculos gera reflexos nos processos de trabalho, potencializa as tensões e impasses entre os trabalhadores em face dos diferentes salários, benefícios e carga horária.[434]

Nesse contexto, o Acórdão do TCU n. 2.731, de 26 de novembro de 2008 manifesta a irregularidade da forma de contratação indireta de pessoal intermediada pelas fundações de apoio, e adota medidas para coibir a perpetuação dessas práticas. Em auditoria realizada pelo Tribunal de Contas da União (TCU) com a sistemática de Fiscalização de Orientação Centralizada (FOC), foram avaliados os processos internos de gestão dos Hospitais Universitários Federais (HUF) no desempenho e qualidade do tripé Ensino, Pesquisa e Assistência, cujo resultado gerou o Acórdão nº 2.813, de 25 de

---

[433] SODRÉ, Francis. LITTIKE, Denilda; DRAGO, Leandra Maria Borlini; PERIM, Maria Clara Mendonça. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um Novo Modelo de Gestão? **Serviço Social e Sociedade**, n. 114, São Paulo, p.365-380, abr./jun. 2013.

[434] SODRÉ, Francis. LITTIKE, Denilda; DRAGO, Leandra Maria Borlini; PERIM, Maria Clara Mendonça. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um Novo Modelo de Gestão? **Serviço Social e Sociedade**, n. 114, São Paulo, p.365-380, abr./jun. 2013.

novembro de 2009, em que foram recomendadas medidas para o aperfeiçoamento do sistema na direção de constituir um modelo institucional específico para os Hospitais Universitários (HU) que viabilizasse: o exercício da autonomia da gestão administrativa; a instituição de mecanismos de valorização institucional e da gestão; a instituição de mecanismos de responsabilização; a manutenção do vínculo acadêmico com as IFES; e a integração com a rede do SUS.[435]

A complexidade na substituição do quadro de pessoal dos Hospitais Universitários Federais (HUF) demandava o alargamento do prazo estabelecido. Dessa maneira, o Acórdão do Tribunal de Contas da União (TCU) n. 2.681, de 5 de outubro de 2011, prorrogou o prazo até 31 de dezembro de 2012 para a finalização do processo de substituição de terceirizados em situação irregular no âmbito dos órgãos e entidade da administração pública federal direta, autárquica e fundacional.[436]

Cabe considerar que importantes medidas foram tomadas para promover a sustentabilidade operacional dos Hospitais Universitários Federais (HUF), como a Portaria do Ministério do Planejamento n. 04, de 29 de abril de 2008, que tornou esses hospitais unidades orçamentárias independentes das universidades às quais são vinculadas, com maior responsabilização dos gestores. Outra iniciativa exitosa consistiu na elaboração do relatório elaborado pelo grupo técnico designado pela Diretoria de Hospitais Universitários Federais e Residências em Saúde (DHR), em 2009, com o intuito de definir parâmetros de avaliação e viabilizar um novo sistema de informações, na coleta e validação de dados de desempenho. O informe possibilitou consolidar um rol de informações prestadas pelos representantes dos Hospitais Universitários Federais (HFU), as quais foram certificadas pelo Diretor Geral de cada Instituição, que, agregadas a outras diferentes bases de dados, compuseram uma proposta de nova forma de financiamento e de gestão dos hospitais, capaz de superar definitivamente os problemas dessas instituições a partir de 2010.[437]

O relatório mostrou que o financiamento dos Hospitais Universitários Federais (HUF) se compõe do financiamento da ordem de 69,26% do Ministério da Educação (MEC) e de 30,74% do Ministério da Saúde (MS). Também apontou que o maior problema na gestão dessas instituições tem origem no endividamento de dois

---

[435] BRASIL.TCU. Acórdão do Tribunal de Contas da União n.2.731, de 26 de novembro de 2008.Plenário 2008; BRASIL. TCU. Acórdão do Tribunal de Contas da União n.2.813, de 25 de novembro de 2009, Plenário, 2009;

[436] BRASIL. TCU. Acórdão do Tribunal de Contas da União n. 2.681, de 5 de outubro de 2011, Plenário, 2011.

[437] BRASIL. DIRETORIA DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS E RESIDÊNCIAS EM SAÚDE. Relatório do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF.): diagnósticos e propostas, Brasília, DF, ago.2009.

grandes e principais grupos, ou seja, do total das dívidas, 33,7% são relativas a encargos trabalhistas, vinculados às Fundações de Apoio dos Hospitais, e 32,6% representam dívidas com fornecedores. Diversas medidas foram implementadas em reuniões promovidas pela Diretoria de Hospitais Universitários Federais e Residências em Saúde (DHR), entre as quais estão a elaboração de um planejamento estratégico para os anos subsequentes e a organização de uma central de compras destinada aos pregões para otimizar os recursos. No entanto, o impasse do déficit de pessoal e a substituição da mão de obra terceirizada persistiam.[438]

O fato é que o modelo de gestão de recursos humanos dessas instituições se mostrou esgotado. E dadas a importância dos Hospitais Universitários Federais (HUF) na rede do sistema público e sua natureza peculiar mista, ao desenvolver a um só tempo atividades de ensino, de pesquisa e prestar serviços especializados de cuidados à saúde da população, justificava-se a necessidade de estabelecer um modelo de gestão adequado. Diante deste quadro e, em decorrência do Acórdão do TCU n. 2.813, de 2009, o governo federal buscou alternativas para tornar a gestão dos Hospitais Universitários Federais (HUF) mais eficiente e efetiva, com a adoção de ações estratégicas para modificar o cenário de dificuldades. [439]

Assim, em 2010, o Decreto n. 7.082, de 27 de janeiro, institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), destinado aos Hospitais Universitários Federais (HUF), vinculados ao Ministério da Educação (MEC) e integrados ao SUS, para a continuidade de ações de reestruturação e revitalização, estabelecendo um novo mecanismo de financiamento compartilhado pelo Ministério da Educação (MEC) e Ministério da Saúde (MS), com investimentos paritários entre eles. O decreto, regulamentado pela Portaria Interministerial n. 883, de 5 de julho de 2010, assinalava as funções cabíveis ao Ministério da Educação (MEC), ao Ministério da Saúde (MS) e ao Ministério do Planejamento (MP), reforçando as diretrizes sobre as quais o programa está assentado. O novo programa enfatizou como diretriz a orçamentação global, no sentido de prover aos Hospitais Universitários Federais (HUF), incorporados ao SUS, condições materiais e institucionais para a melhoria dos processos de gestão, adequação da estrutura física, recuperação e

---

[438] SANTOS, Agnaldo Castilho; OLIVEIRA JUNIOR, Lourival Batista. Rehuf: uma ferramenta para tomada de decisão e sua aplicação na saúde coletiva. **HU Revista, Juiz de Fora**, v. 42, n. 1, p. 43-51, jan./jun. 2016.

[439] BELTRAME, Alberto. O programa de reestruturação dos hospitais de ensino e o projeto de fundação estatal de direito privado. In: BRASIL. Tribunal de Contas da União com o apoio da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação; Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior; Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras (Realizador). **I Fórum sobre as Instituições Federais de Ensino Superior**. Brasília: TCU, 2008, p.104-117.

modernização do quadro tecnológico, reestruturação dos recursos humanos e aprimoramento das atividades de ensino, pesquisa e extensão, bem como os cuidados e atenção à saúde, avaliação permanente e incorporação de novas tecnologias.[440]

Com isso, a estratégia do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) visou a sanar uma inadiável necessidade de ampliação da força de trabalho, garantir a produtividade e possibilitar mais recursos do SUS por meio da contratualização, pois os recursos financeiros destinados ao custeio (exclusivamente para compra de bens permanentes), os de capital e os salários dos servidores estatutários federais, são pagos pelo Ministério da Educação (MEC), que também pode aportar recurso de capital para atender a projetos específicos dentro do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF). Por outra via, o Ministério da Saúde (MS) envia recursos de custeio via Fundo Nacional de Saúde (FNS) para a Secretaria Estadual de Saúde, que,, por sua vez, pactua junto aos Hospitais Universitários Federais (HUF) os procedimentos de assistência para a rede do SUS.[441]

A pactuação global de metas anuais de assistência, gestão, ensino, pesquisa e extensão, prevista no Decreto n. 7.082, de 27 de janeiro de 2010, envolve o Ministério da Educação (MEC), o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério do Planejamento (MP), gestores do SUS e Hospitais Universitários Federais (HUF), tendo como requisito obrigatório para o processo de contratualização, a apresentação de um Plano de Reestruturação que deve conter o diagnóstico situacional das condições físicas, tecnológicas e de recursos humanos e impactos financeiros da reestruturação, além de um cronograma para implementação do Plano com atividades e metas.[442]

Torna-se necessária a reflexão de que o alcance dessa reestruturação demanda modificações significativas no parque tecnológico, na estrutura física, no quadro de pessoal, no processo de avaliação e na participação de atores externos à instituição. Essa revitalização e reestruturação redesenham os Hospitais Universitários Federais (HUF), em especial no aspecto financeiro e na dupla finalidade pública que os

---

[440] SANTOS, Agnaldo Castilho; OLIVEIRA JUNIOR, Lourival Batista. Rehuf: uma ferramenta para tomada de decisão e sua aplicação na saúde coletiva. **HU Revista, Juiz de Fora**, v. 42, n. 1, p. 43-51, jan./jun. 2016.

[441] LITTIKE, Denilda. **Improvisando a Gestão por meio da gestão do improviso:** o processo de trabalho dos gestores de um hospital universitário federal. 2012. [Dissertação]. Mestrado em Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2012.

[442] BRASIL. Decreto n. 7.082, de 27 de janeiro de 2010, institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais – REHUF dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2010.

envolvem, apontando para um modelo de hospital em que se amplia a produção dos serviços de cuidados e da atenção à saúde.[443]

4.4 EBSERH: desafio e superação na quebra de paradigmas

O Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) constituiu-se em avanço significativo e solucionou alguns problemas que, em muitos anos, não tinha perspectiva de melhorias. Um aspecto importante foi a base de dados do Sistema Integrado de Planejamento, Orçamento e Finanças do Ministério da Educação (SIMEC),[444] no módulo do REHUF, que permitiu uma análise de questões essenciais que haviam comprometido a produção dos cuidados à saúde das instituições. Constatou-se que, frequentemente, não eram feitos os repasses do Ministério da Saúde referentes aos serviços prestados aos usuários do SUS, não obstante, os recursos financeiros repassados pelo Ministério da Educação (MEC) terem começado a crescer de forma substancial, até mesmo aqueles recursos específicos destinados à reforma das estruturas físicas e à aquisição de equipamentos, promovendo parte da inovação tecnológica. As dificuldades em relação às compras e fornecedores estavam sendo equacionadas pela criação do Comitê Gestor dos Hospitais Universitários (CGHU), que implementou ferramentas para otimizar os recursos disponíveis.[445]

Nessa conjuntura, faltava a questão da força de trabalho dos hospitais, cuja percepção era de agravamento. No acompanhamento dos dados coletados

---

[443] SODRÉ, Francis. LITTIKE, Denilda; DRAGO, Leandra Maria Borlini; PERIM, Maria Clara Mendonça. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um Novo Modelo de Gestão? **Serviço Social e Sociedade**, n. 114, São Paulo, p.365-380, abr./jun. 2013.

[444] O Sistema Integrado de Planejamento, Orçamento e Finanças do Ministério da Educação (SIMEC) inicialmente desenvolvido com o objetivo de monitoramento das ações do MEC no Plano Plurianual (PPA) em meados de 2005, resultado da evolução do Sistema de Informações Gerenciais e de Planejamento (SIGPLAN). Com a criação do SIMEC e de seus diferentes módulos foi possível a superação de muitas dificuldades encontradas pelo Ministério da Educação (MEC) na gestão da política educacional, pois permitiu melhoria significativa da eficiência, eficácia e efetividade das iniciativas do MEC por meio de sua metodologia. desenvolvido em software livre, utilizando modernas técnicas de mapeamento de processos e ampla participação das equipes de trabalho de diferentes secretarias e órgãos do MEC. Esse Sistema estruturante do governo disponibiliza informações para integrar com outras bases de informações dos órgãos setoriais. Cf.: BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Logística e Tecnologia da Informação. Panorama da interoperabilidade no Brasil/Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Secretaria de Logística e Tecnologia da Informação. MESQUITA, Cláudia S. F.; BRETAS, Nazaré L. (Org.). Brasília: MP/SLTI, 2010, p.202-203.

[445] SANTOS, Agnaldo Castilho; OLIVEIRA JUNIOR, Lourival Batista. Rehuf: uma ferramenta para tomada de decisão e sua aplicação na saúde coletiva. **HU Revista, Juiz de Fora**, v. 42, n. 1, p. 43-51, jan./jun. 2016.

quadrimestralmente pelo sistema, constatou-se que a falta de pessoal nos hospitais ocasionou crescente fechamento de leitos e diminuição no número de procedimentos realizados. Essa era uma pauta recorrente das reuniões convocadas pela Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (Abrahue), denominada de Fórum de Diretores dos Hospitais Universitários, em que eram discutidas e definidas as reivindicações do setor. Surgiram algumas propostas de flexibilização da gestão pública como a do Projeto de Lei das Fundações Estatais, PL 92 de 2007, que contemplava dispositivos sobre os hospitais universitários e a celebração de contrato ou termos de cooperação técnica com o setor privado, na área de ensino e pesquisa, contemplando fundações que tivessem por finalidade a prestação de serviços públicos de caráter universal. O Projeto de Lei não prosperou em razão da forte oposição das comunidades organizadas.[446]

Não se pode negar que contexto econômico mostrava-se desfavorável e com perspectiva pouco animadora diante da crise financeira que atingiu praticamente todos os países, em diferentes graus de intensidade, a partir de 2008. Um dos primeiros efeitos da crise, a escassez de crédito internacional, teve no setor financeiro público nacional a sustentação da oferta de crédito compensada, tanto para o setor produtivo privado nacional, quanto para o consumo das famílias. A política fiscal serviu de instrumento para regular a economia e influir nas tomadas de decisão dos agentes econômicos. Como ressalta André Folloni, os tributos foram utilizados como forma de sustentação do nível de atividade econômica. A pauta econômica, orientada para o enfrentamento da crise no início de 2009, seguiu o receituário anticíclico e fomentou a economia com a redução do Imposto Sobre Produtos Industrializados (IPI) para os veículos e, posteriormente, para os eletrodomésticos.[447]

Embora as medidas adotadas tenham amenizado os impactos da crise internamente, no âmbito internacional era preocupante. No período de 2008 a 2010, ocorreu uma forte queda da produção industrial e do PIB, tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. Ocorreram forte redução no valor das vendas externas brasileiras, queda acentuada dos preços das exportações das *commodities* e contração das quantidades exportadas, além da expressiva retração dos fluxos de capitais e do impacto na taxa de câmbio gerado pela desvalorização relevante do real frente ao dólar. No ano de 2010, a economia internacional dava sinais de

---

[446] CISLAGHI, Juliana Fiuza. **Hospitais universitários: presente caótico, futuro incerto**. Jornal da ADUFRJ, Rio de Janeiro, p.12, 5.mai.2010.

[447] FOLLONI, André. Isonomia na tributação extrafiscal. **Revista Direito GV**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 201-220, jan./jun. 2014.

melhora, mas o panorama apontava a necessidade de prudência e cautela. É nesse cenário que foram encerrados oito anos de governo do presidente Luís Inácio Lula da Silva e era necessária uma solução para o impasse da força de trabalho dos Hospitais Universitários Federais (HUF).[448]

Nessa perspectiva, ao longo do ano de 2010, evidenciava-se que, apesar de o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais estabelecer como diretriz a reestruturação do quadro de recursos humanos dos Hospitais Universitários Federais (HUF) com financiamento compartilhado entre Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Educação (MEC), na prática isso não estava ocorrendo. Era grande a emergência pela solução do problema. De outra parte, órgãos de controle como o Tribunal de Contas da União (TCU), a Controladoria Geral da União (CGU) e o Ministério Público (MP) pressionavam os Hospitais Universitários Federais (HUF) para uma solução diante da proibição da contratação indireta de terceirizados e na regularização do quadro de pessoal. No panorama de crise financeira e econômica de dimensões internacionais, os ministros do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), Paulo Bernardo Silva, e do Ministério da Educação (MEC), Fernando Haddad, emitiram uma Exposição de Motivos Interministerial n.383, no dia 23 de dezembro de 2010.[449]

O principal argumento referia-se à complexidade da gestão dos Hospitais Universitários Federais (HUF) na dupla finalidade pública de assistência direta à população e de apoio ao ensino e à pesquisa das universidades, que exige um nível de agilidade, flexibilidade e dinamismo incompatíveis com as limitações impostas pelo regime jurídico de direito público próprio da administração direta e das autarquias, especialmente no que se refere à contratação e à gestão da força de trabalho. A proposta envolvia a criação de uma empresa, cujo capital seria integralmente de propriedade da União, submetida aos institutos administrativos da investidura por concurso público, da licitação em seus processos de compras e contratações e do controle do Tribunal de Contas da União (TCU). No entanto, a configuração de empresa pública permitiria a gestão com autonomia e flexibilidade necessárias à prestação de serviços hospitalares, em especial na contratação da força de trabalho sob regime celetista, com regime de remuneração compatível com a realidade do setor, nos moldes

---

[448] PIRES, Marcos Cordeiro. PAULINO, Luís Antônio. O Brasil e a crise internacional. In: PIRES, Marcos Cordeiro (Coord.). **Economia brasileira: da colônia ao governo Lula**. São Paulo: Saraiva, 2010, p.355-381.

[449] MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Curso de Direito Administrativo**. 27. ed., São Paulo: Malheiros, 2010, p. 408.

do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), empresa pública federal vinculada ao Ministério da Educação (MEC), e do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), sociedade de economia mista vinculada ao Ministério da Saúde (MS).[450]

Essas duas instituições constituíram-se em modelo de gestão compatível com as demandas contemporâneas, com regime jurídico peculiar para combinar a prestação de serviço público com a garantia de níveis de bem-estar mais elevados, com sustentabilidade e até com expansão. Como propõe José Sérgio da Silva Cristóvam: "a otimização das potencialidades aplicativas do novo regime jurídico administrativo exige a construção de uma matriz administrativa menos imperativa, impositiva, assimétrica e verticalizada".[451] Assim como salienta Celso Antônio Bandeira de Mello sobre as empresas públicas, novas formas de prestação de serviços públicos na contemporaneidade, são submissas ao modelo disposto no direito privado, criadas pelo Estado, autorizadas por lei específica e organizadas sob regime jurídico empresarial para desempenharem atividades de maneira mais flexível. Elas são entidades da administração pública indireta, por gravitarem na órbita pública, mas atreladas a interesses de todo sociais.Têm personalidades jurídicas próprias e se submetem, como determina a Constituição Federal de 1988, ao regime jurídico privado, sujeitando-se a um conjunto de regras de direito público que não vigoram para as demais pessoas de direito privado, já que estão sujeitas a um regime jurídico peculiar.[452]

Ao final do ano de 2010, no intuito de dar continuidade ao processo de reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (HUF), o presidente Lula, no exercício de suas atribuições como chefe de governo na condução da gestão de assuntos internos, da organização e funcionamento da administração federal, no dia 31 de dezembro de 2010, edita a Medida Provisória n. 520, e envia ao Congresso Nacional para a aprovação da criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).[453]

No Congresso Nacional, a Medida Provisória n. 520 não foi convertida em lei, inicialmente aprovada na Câmara de Deputados Federais, teve forte rejeição no Senado Federal. Coube ao governo da presidente Dilma Rousseff apresentar a solução

---

[450] BRASIL. **Exposição de Motivos Interministerial n. 383**. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, Ministério da Cultura- MEC/Ministério do Planejamento/ MP, 23 dez. 2010.

[451] CRISTOVAM, José Sérgio da Silva. O Conceito de Interesse Público no Estado Constitucional de Direito. **Revista da Emesc**, v.20, n.26, 2013.

[452] MELLO, Celso Antônio Bandeira de. Sociedades mistas, empresas públicas e o regime de Direito Público. **Revista Eletrônica de Direito Administrativo Econômico**, Salvador, BH., n. 10, mai./jun./jul. 2007, p.1-10. Disponível em:<http://www.direitodoestado.com/revista/redae-10-maio-2007-celso%20 antonio.pdf>. Acesso em: 1 dez. 2017.

[453] BRASIL. Medida provisória n. 520, de 31de dezembro de 2010. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez.2010.

para o impasse, assim, a ministra do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), Miriam Belchior, e o ministro do Ministério da Educação (MEC), Fernando Haddad, emitiram a Exposição de Motivos Interministerial n.127, de 2011. Em carta anexada, os ministros justificam a relevância e urgência da criação da EBSERH, argumentando sobre a dupla finalidade pública dos Hospitais Universitários Federais (HUF) - assistência direta à população e apoio ao ensino e à pesquisa das universidades - o que concede maior complexidade à sua gestão e exige um nível de agilidade, flexibilidade e dinamismo incompatível com as limitações impostas pelo regime jurídico de direito público próprio da administração direta e das autarquias no que se refere à contratação e à gestão da força de trabalho.[454]

Foram realizadas duas significativas alterações no Projeto de Lei n. 1.749, de 5 de julho de 2011, encaminhado ao Congresso Nacional. A primeira alteração retira a denominação de sociedade anônima e passa a classificá-la como empresa pública unipessoal (Decreto-Lei n. 200, de 1967; e subsequentemente, Decreto-Lei n. 900, de 1969), entidade com personalidade jurídica de Direito privado, constituída na modalidade empresarial como sociedade simples, com patrimônio próprio e capital exclusivo da União. A segunda alteração expressa a possibilidade da prestação de serviços pela EBSERH relacionados às suas competências mediante contrato, respeitando a autonomia universitária prevista no artigo 207 da Constituição de 1988. Dessa forma, a Lei Ordinária n.12.550, do dia 15 de dezembro de 2011, aprovada e promulgada dez dias após o término da XIV Conferência Nacional de Saúde, autorizou o Poder Executivo a criar empresa pública unipessoal, com personalidade jurídica de Direito privado e patrimônio próprio, de capital social integralmente sob a propriedade da União, vinculada ao Ministério da Educação, com prazo de duração indeterminado, denominada de Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).[455]

A criação da EBSERH integra um conjunto de ações do governo federal visando a sustentabilidade dos Hospitais Universitários Federais (HUF). A constituição

---

[454] BRASIL. **Exposição de Motivos Interministerial n. 127**. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, Ministério da Cultura- MEC/Ministério do Planejamento/ MP, 20 jun. 2011; BRASIL.

[455] BRASIL. Decreto-Lei n. 900, de 29 de setembro de 1969. Altera disposições do Decreto-lei número 200, de 25 de fevereiro de 1967, e dá outras providências. Poder Executivo, Brasília. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/ del0900.htm>. Acesso em: 20.nov.2017; Artigo 207: As universidades gozam de autonomia didático-científica, administrativa e de gestão; financeira e patrimonial, e obedecerão ao princípio de indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão. In: BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituição.htm>.Acesso em: 15.nov.2017; BRASIL. Lei n. 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12550.htm>. Acesso em: 20 nov. 2017.

da EBSERH, em certa medida, corresponde às recomendações do Tribunal de Contas da União (TCU) no Acórdão 2.813, de 25 de novembro de 2009, que aponta, como solução para a substituição de terceirizados irregulares, a precariedade na contratação das Fundações de Apoio e a deficiência nos controles internos, para um modelo institucional específico para os Hospitais Universitários (HU). Ainda de acordo com o TCU, esse modelo de gestão deve ser capaz de manter o vínculo acadêmico com as Instituições Federais de Ensino Superior (IFES), na conexão entre ensino, pesquisa e extensão, e exercer autonomia administrativa e gerencial, deve possibilitar a instituição de mecanismos de responsabilização, de valorização institucional e gerencial e permitir a integração com a rede do SUS. [456]

A EBSERH, vinculada ao Ministério da Educação (MEC), foi criada para prestar serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como a prestação às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública. A prestação de serviço de atenção à saúde inserida integral e exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). E no desenvolvimento de suas atividades, observa as orientações da Política Nacional de Saúde, de responsabilidade do Ministério da Saúde (MS). A EBSERH presta serviços relacionados às suas competências por meio de contrato, respeitando a autonomia universitária [457]

Como empresa pública, a EBSERH tem seu regime jurídico determinado pela natureza de seu objeto,[458] submetendo-se ao modelo disposto no Direito privado, inclusive quanto aos direitos e obrigações civis, comerciais, trabalhistas e tributários. Desse modo, o regime de pessoal permanente é regido pela da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), Decreto-Lei n° 5.452, de 1° de maio de 1943, e legislação complementar, condicionada a contratação à prévia aprovação em concurso público de provas, ou de provas e títulos, observada as normas específicas editadas pelo Conselho de Administração. Aos servidores titulares de cargo efetivo em exercício na Instituição Federal de Ensino (IFE), pertencentes ao regime jurídico único (RJU), que exerçam

---

[456] BRASIL. TCU. Acórdão do Tribunal de Contas da União n. 2.813, de 25 de novembro de 2009, Plenário, 2009.

[457] Lei n. 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12550.htm>. Acesso em: 20 nov. 2017.

[458] Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) rege-se pela Lei n° 12.550, de 2011, pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), Decreto-Lei n° 5.452; pelo seu Estatuto Social, Decreto n° 7.661, de 2011; e pelas disposições legais que lhe forem aplicáveis. Cf.: BRASIL. Decreto n° 7.661, de 28 de dezembro de 2011. Aprova o Estatuto Social da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Brasília, 29 dez. 2011.

atividades relacionadas ao objeto da EBSERH, cedidos para a realização de atividades de assistência à saúde e administrativas, são assegurados os direitos e as vantagens a que façam jus no órgão ou entidade de origem. Cabe ressaltar que, como integrante formalmente da administração indireta, sendo instrumento de ação do Estado, o qual se vale dela para possibilitar a execução da atividade com maior flexibilidade, aplicam-se os princípios de Direito público. E, assim sendo, submete-se aos mecanismos de Direito administrativo, como a sujeição do controle do Tribunal de Contas da União (TCU) e licitação na obtenção de bens, obras ou serviços e alienações.[459]

Convém destacar que em 2010, o país contava com aproximadamente 6.401 hospitais, gerais e especiais, de todos os portes no universo de 3.200 hospitais que atuam de forma significativa na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Dos 235 hospitais que solicitaram a certificação, somente 167 receberam e foram cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como Hospitais de Ensino (HE), respondendo por parte relevante na formação e capacitação de profissionais e da produção de conhecimento em saúde em âmbito nacional. Entre esses, nove são Hospitais de Ensino (HE) vinculados ao Ministério da Saúde; 38, Hospitais de Ensino (HE) vinculados ao Ministério da Educação; e 47 são Hospitais Filantrópicos. Os Hospitais de Ensino (HE), apesar de representarem 2,55% da rede hospitalar brasileira, correspondem a: 10,3% dos leitos do SUS; 25,6% dos leitos de UTI; 50% das cirurgias cardíacas e neurológicas; e 70% dos transplantes. E 46 hospitais, que compunham a rede de Hospitais Universitários Federais (HUF), estavam vinculados a 32 das 59 Instituições Federais de Ensino Superior (IFES[460]

Pela relevância dos Hospitais Universitários Federais (HUF), a criação e a implementação da EBSERH dividem opiniões e causam desconforto no ambiente da comunidade universitária, nos próprios hospitais, e em alguns setores da sociedade civil organizada. A possibilidade do rompimento do caráter educacional dos hospitais universitários (indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão), o cerceamento da autonomia das unidades e o caráter privativo da gestão geram preocupações e acirram os debates. No contexto de incertezas e dúvidas, no dia 7 de janeiro de 2013, o procurador-geral da República, Roberto Gurgel, ajuizou no Supremo Tribunal Federal (STF) a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) n. 4895 contra dispositivos da Lei

[459] DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito administrativo**. 19. ed. São Paulo: Atlas, 2006, p. 437.
[460]CUNHA, Eli Gurgel Andrade; SANTOS, Alaneir de Fátima dos; COELHO, Flavio Lucio Gonçalves. **Os hospitais universitários e o sistema de saúde no Brasil: uma abordagem histórica**. Divulgação Debate em Saúde do CEBES, n.5, 1991, p. 63-67.

12.550, de 2011, que autorizou a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), tendo o ministro Dias Toffoli como relator. Por certo, toda mudança traz alguma insegurança quanto aos resultados, embora as dúvidas mais pertinentes tenham tido esclarecimento na implementação da empresa e, em especial, nas orientações e recomendações do Tribunal de Contas da União (TCU).[461]

Os apontamentos em que o procurador-geral da República fundamenta a inconstitucionalidade da Lei n. 12.550, de 2011, argumentados na ADI n. 4895, de 2013, consistem de cinco questionamentos, quais sejam: 1. inexistência de lei complementar estabelecendo as áreas de atuação das empresas públicas, sociedades de economia mista e das fundações (artigo 37, inciso XIX); 2. autorização da instituição de empresa pública por lei que não tem natureza específica (artigo 37, inciso XIX); 3. violação da autonomia universitária (artigo 207); 4. rompimento do princípio da indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão (artigo 207); e 5. desvio das atividades finalísticas da universidade autárquica (ensino, pesquisa e extensão com assistência à saúde) de caráter público para configuração privada.[462]

Na tentativa de responder os questionamentos, primeiramente, sobre a exigência de lei específica para a criação de empresa pública, e de lei complementar para especificar suas áreas de atuação, busca-se o entendimento predominante da doutrina, que reconhece fundamento nas críticas no texto original do artigo 37, inciso XIX da Constituição de 1988, bem como no Decreto-Lei 200, de 1967, artigo 5º, por tratar-se de entidade de Direito privado. No entanto, a Emenda Constitucional n.19, de 5 de junho de 1998, corrigiu o dispositivo, definindo no artigo 37, inciso XIX, que, criadas por lei, devem ser as entidades públicas de capacidade exclusivamente administrativa, como as autarquias. As empresas públicas, sociedades de economia mista e fundações privadas são autorizadas por lei, cabendo a esta última ter definida a área de atuação por lei complementar. Os doutrinadores não afastam a vinculação aos fins definidos na lei instituidora como traço comum a todas as entidades da Administração Indireta, em respeito ao principio da especialidade e da legalidade. Nesse sentido, a Lei n. 12.550, de 2011, autoriza a criação da EBSERH e específica sua finalidade, cumprindo os

[461] BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ação direta de inconstitucionalidade n. 4895, Distrito Federal. Relator: Ministro Dias Toffoli. Pesquisa de Jurisprudência, Acórdãos,7 jan.2013.Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=227949 >. Acesso em 15 dez. 2017.

[462] BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ação direta de inconstitucionalidade n. 4895, Distrito Federal. Relator: Ministro Dias Toffoli. Pesquisa de Jurisprudência, Acórdãos,7 jan.2013.Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=227949 >. Acesso em 15 dez. 2017.

requisitos constitucionais.[463]

Na análise sobre a autonomia, é importante considerar que o sentido conceitual da autonomia constitucional versa sobre o fortalecimento da liberdade didático-científica da universidade, consagrado no artigo 206 da Constituição de 1988, incisos II e III, como a liberdade de aprender, ensinar, pesquisar e divulgar o pensamento, a arte e o saber, e no pluralismo de ideias e de concepções pedagógicas. Autonomia, em sentido amplo e genérico, expressa o poder de autodeterminação, a condição de definir a própria direção, a autoadministração. Em sentido estrito, autonomia indica a competência de criar Direito, ainda que em áreas de competência restritas e exclusivas, atributo dos órgãos da administração. Dessa forma, a autonomia universitária em questão está fundada na natureza autônoma do trabalho acadêmico.[464]

As Instituições Federais de Ensino Superior (IFES), autarquias ou fundações públicas acompanham a organização federativa do sistema de ensino, definido na Constituição de 1988 e na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e nas normativas do Ministério da Educação (MEC). A formalização da adesão à EBSERH por meio de contrato não altera a condução das atividades de ensino, pesquisa e extensão, que continuam sob o comando da instituição. Com o contrato, modifica-se a autoadministração da unidade hospitalar que serve de apoio para as atividades de ensino das instituições, mas não se altera a autonomia, melhor dizendo, a autoadministração universitária, consagrada no artigo 207 da Constituição Federal de 1988. Não há desvio de atividade finalística, pois o ensino, a pesquisa, a extensão e a assistência mantêm o caráter público, uma vez que a empresa é criada como instrumento de ação do Estado.[465]

Algumas dúvidas na criação da EBSERH sobre o procedimento de licitação previsto no dispositivo do artigo 5º da Lei n. 12.550, de 2011, posteriormente ficou pacificada, que o enunciado torna inexigível o procedimento de licitação, com base no caput do artigo 25 da Lei n.º 8.666, de 21 de junho de 1993, como observa Edgar Guimarães, fundamentado na hipótese de fornecedor exclusivo, isso significa que a EBSERH tem a exclusividade de fornecer serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como a prestação às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de

---

[463] DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito administrativo**. 19. ed. São Paulo: Atlas, 2006, p. 437-444.
[464] DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito administrativo**. 19. ed. São Paulo: Atlas, 2006, p. 423.
[465] MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Curso de Direito Administrativo**. 27. ed., São Paulo: Malheiros, 2010, p. 171.

serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública.[466]

Entre outras questões que suscitavam dúvidas, está a cessão de servidores pertencentes ao regime jurídico único (RJU) vinculados à Instituição Federal de Ensino Superior (IFES) e atuantes nos Hospitais Universitários Federais (HUF), que, segundo as orientações do Tribunal de Contas da União (TCU), consiste em uma faculdade para o gestor público e deve decorrer do interesse do servidor para que seja autorizada pelo órgão em que está lotado. É possível a cessão desses servidores para a realização de atividades de assistência à saúde e administrativas, em razão de estar amparada no artigo 93 da Lei n. 8.112, 11 de dezembro de 1990; na Lei n.8.270, de 17 de dezembro de 1991; no Decreto 4.493, de 3 de dezembro de 2002; e na Lei 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Assim, os servidores continuam vinculados à Instituição Federal de Ensino Superior (IFES), sendo apenas cedidos para o exercício profissional na EBERSH. Da mesma forma, a transferência da gestão dos Hospitais Universitários Federais (HUF) para a EBSERH não tem caráter obrigatório, mas facultativo, cabendo à instituição, por meio do seu conselho universitário, decidir sobre a contratação da EBSERH para a formalização contratual.[467]

O debate é relevante em especial no que diz respeito à privatização dos Hospitais Universitários Federais (HUF), uma das dúvidas e incertezas suscitadas pelo desconhecimento nos momentos iniciais da novidade. Ocorre que a EBSERH é empresa pública, de capital próprio, de propriedade 100% da União, como são a Caixa Econômica Federal e os Correios, mas com uma peculiaridade, não explora atividade econômica e não presta serviço diretamente ao usuário, seu objeto social, sua finalidade consiste em prestar serviço gratuito aos hospitais vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) ou instituições congêneres, ou seja, desempenha serviços de gestão e apoio à formação dos profissionais de saúde. Não se trata de privatização, pois o contrato firmado entre as instituições e a EBSERH pode ser extinto por resolução de ambas as partes, por rescisão unilateral, em virtude de extinção da unidade

---

[466] GUIMARÃES, Edgar. **Contratação direta: comentários as hipóteses de licitação dispensável e inexigível**. Curitiba: Negócios Públicos, 2013, p.56.

[467] BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei n. 8.112, 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. Brasília: Casa Civil, 1990; BRASIL. Lei n.8.270, de 17 de dezembro de 1991. Dispõe sobre reajuste da remuneração dos servidores públicos, corrige e reestrutura tabelas de vencimentos, e dá outras providências. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. Brasília Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. Brasília, 19 dez. 1991; BRASIL. Decreto n. 4.493, de 3 de dezembro de 2002. Dá nova redação aos artigos. 1º e 11 do Decreto n. 4.050, de 12 de dezembro de 2001,] regulamento do art. 93 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a cessão de servidores de órgãos e entidades da Administração Pública federal direta, das autarquias e das fundações públicas federais. Brasília: Casa Civil, 2002.

hospitalar, por inexecução ou execução inadequada e por anulação, observado o devido processo legal e a ampla defesa. Com isso, cabe ressaltar os apontamentos de Maria Silvia Zanella Di Pietro sobre a derrogação parcial do direito privado por normas de direito público, em que as empresas públicas, pessoas jurídicas de direito privado criadas pelo Estado nunca se sujeitam inteiramente ao direito privado, seu regime jurídico é híbrido, em muitos aspectos, para prevalecer a vontade do ente estatal, que as criou para atingir determinado fim de interesse público.[468]

Torna-se pertinente neste momento observar que a pactuação, por meio do contrato de adesão, firmado entre o Hospital Universitário Federal (HUF) e a EBESRH, constitui-se uma real possibilidade de efetivação da integração dessas instituições com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS na produção dos cuidados e atenção à saúde do usuário do sistema. É importante registrar que foi constatado aumento significativo na eficácia da produção da saúde e na eficiência de gestão no sistema de saúde no espaço regional com a implantação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), o que contribui com diversos avanços na efetivação e integração dos serviços de saúde, possibilitando tornar realidade a necessidade de inovar a organização e a gestão do sistema de saúde. Entretanto, a concretização da prestação de serviços de atenção de forma integral e contínua, com o menor tempo, o melhor custo e a melhor qualidade, todos de forma responsável e humanizada, só é possível com a interligação em todos os níveis de atendimento em uma efetiva integração.[469]

Também vale lembrar que os Hospitais Universitários Federais (HUF) foram criados para apoiar a formação de profissionais de saúde de nível universitário e, durante longo tempo, foram apenas espaço de treinamento técnico das equipes das áreas de saúde, sem vínculo nenhum com o sistema de saúde, e com gestão pouco profissionalizada, submetida ao mérito acadêmico. Foi a partir da instituição e implementação do SUS, em conformidade com o artigo 198 da Constituição Federal de 1988, regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde, Lei n. 8.080, de 1990, e Lei n. 8.142, de 1990, que foi alterada a dinâmica desses hospitais, incorporados à estrutura do sistema nacional de saúde por meio de convênio. A partir daí, passaram a desempenhar duas importantes funções públicas: apoio à formação e especialização de profissionais

---

[468] DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito administrativo**. 19. ed. São Paulo: Atlas, 2006, p. 419.

[469] SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico de Monteiro e. SUS: **O espaço da gestão inovada e os consensos interfederativos: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros** Campinas, SP: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007.

de saúde, como centro de pesquisa e extensão na área; e produção dos cuidados de média e alta complexidade em saúde no sistema SUS.[470]

Como equipamento de saúde de maior complexidade da estrutura do SUS, os Hospitais Universitários Federais (HUF) assumiram funções definidas e se subordinaram progressivamente à lógica do sistema. Ao longo dos avanços e da consolidação do SUS, esses hospitais desempenharam importante papel na produção da atenção e cuidados à saúde dos usuários do sistema. No entanto, as sucessivas crises e tentativas de recuperação e restruturação ressaltaram a inviabilidade na articulação e integração das práticas da gestão coerentes com as diretrizes da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS. Isso decorre do modelo de estrutura administrativa burocrática dos hospitais, não no sentido weberiano de racionalização dos procedimentos, mas de limitantes da iniciativa e da agilidade administrativa, em certa medida, herança do regime de cátedras e, posteriormente, de departamentalização, em que se priorizam os interesses políticos em detrimento do interesse global da instituição, com limitada visão das necessidades e dos direitos dos usuários do sistema.[471]

A contratualização, configurada nas relações pactuadas e formalizadas entre gestores locais e as Instituição Federal de Ensino Superior (IFES), estabeleceu obrigações focadas nos resultados em quatro eixos estruturantes, quais sejam: compromisso com o SUS em relação à produção de serviços de saúde à população; compromisso com a formação e educação permanente; atuação como polo de referência em pesquisa e avaliação tecnológica em saúde; adesão a uma gestão orientada por resultados seu aprimoramento, com processos de avaliação contínua e de legitimação pela sociedade.[472]

Por um lado, a EBESERH, consubstanciada um fenômeno de centralização da gestão do hospital universitário; por outro lado, é um fenômeno jurídico de descentralização como ente da Administração Pública Indireta, instrumentalizada através de lei específica, nos moldes da Constituição Federal, tem por finalidade a

---

[470] BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm>. Acesso em: 10 set. 2017; BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS} e sobre as transferências intergovenamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF,31 dez.1990. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 18 out. 2017.

[471] GONÇALVES, Ernesto Lima. Estrutura Organizacional do hospital moderno. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 38, n. 1, p.80-90. jan./março,1998.

[472] BRASIL. Portaria Interministerial n.1.006/MEC/MS, de 27 de maio de 2004. Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde - SUS. Ministério da Educação e Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2004.

prestação de serviços gratuitos de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, às instituições públicas federais de ensino (ou instituições congêneres), assim como assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade.[473]

A contratação com a EBESERH materializa a descentralização administrativa da Instituição Federal de Ensino Superior (IFES), autarquia ou fundação pública, a qual transfere o exercício de parte de suas atribuições por meio do contrato, para a EBSERH. Trata-se de separar, descolar, desprender a autoadministração da função da gestão dos serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, e da produção dos cuidados e atenção à saúde do SUS, para concretizar os compromissos assumidos na contratualização do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), que até então não havia sido possível cumprir em razão da estrutura organizacional e do regime jurídico da IFES.[474]

A EBSERH viabiliza e efetiva a integração do hospital à Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, possibilita o fortalecimento da sustentabilidade financeira e organizacional, regulariza e reestrutura a força de trabalho, permite a reestruturação física e tecnológica e a qualificação da gestão orçamentária e financeira, por meio de instrumentos e ferramentas tecnológicas de gestão por resultado, com a agilidade que o setor exige e o usuário espera, direito constitucionalmente assegurado de receber os serviços de cuidados e atenção à saúde. Afinal, a estrutura administrativa encarregada da função de prover serviços públicos de saúde, deve ter o objetivo de compatibilizar a satisfação do destinatário dos bens e serviços.[475]

4.5 EBSERH: possibilidade de integração efetiva às Redes de atenção à Saúde do SUS

A existência legal da EBSERH, empresa pública unipessoal, ocorreu com

---

[473] BRASIL. Lei n. 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH). Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12550.htm>. Acesso em: 20 nov. 2017.

[474] BRASIL. Decreto n. 7.082, de 27 de janeiro de 2010, institui o Programa Nacional de Reestruturação Dos Hospitais Universitários Federais - REHUF dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2010.

[475] CUNHA, Paulo César Melo da. **Regulação jurídica da saúde suplementar no Brasil**. Rio de Janeiro*:* Lumen Juris, 2003, p.57.

autorização governamental, a Lei 12.550, de 15 de dezembro de 2011, regulamentada pelo Decreto 7.661, de 28 de novembro de 2011, que aprovou o estatuto social, como estabelece o artigo 173, parágrafo 1° da Constituição de 1988. Ademais, é regida também pelo Regimento Interno, o qual define as regras de organização e funcionamento, bem como as funções já estabelecidas no decreto e na própria lei. [476]

A gestão dos Hospitais Universitários Federais (HUF) vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) passa a ser de responsabilidade da EBSERH, após firmado o contrato entre a empresa pública e a instituição de ensino, surgindo, assim, o que se denomina filial EBSERH, como dispõe o artigo 4° da Lei 12.550, de 15 de dezembro de 2011 e o artigo 2°, do seu Regimento Interno.[477]

A contratação implica em um conjunto de ações pactuadas entre a EBSERH e as Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) derivadas da normatização e diretrizes, às quais se submete no sentido de alcançar os objetivos, que incluem o reordenamento da produção dos serviços de cuidados e atenção à saúde do usuário do SUS, a seleção e contratação de pessoal e a implantação de uma nova arquitetura organizacional.

O panorama de crise econômica, compreendendo o período de implementação, funcionamento, adesões e as primeiras contratações da EBSERH, entre 2011 e 2015, influiu na tomada de decisão pela adesão. Em tempos de crise econômica e ajuste fiscal, as receitas diminuem e os gastos sociais se retraem. No final de 2013, 23 Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) aderiram ao novo modelo de gestão da EBSERH. No final de 2015, dos 50 Hospitais Universitários Federais (HUF) vinculados a 36 Instituições Federais de Ensino Superior (IFES), 37 assinaram contrato com a EBSERH.[478]

Torna oportuno destacar que o cenário no governo da presidente Dilma Rousseff, iniciado em 2011, era de expectativa da superação da crise financeira e econômica de 2008. A condução da política pública, especialmente na agenda

---

[476] BRASIL. Decreto n° 7.661, de 28 de dezembro de 2011. Aprova o Estatuto Social da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSERH. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Brasília, 29 dez. 2011. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7661.htm>. Acesso em: 20.nov. 2017.

[477] EBSERH. **Regimento Interno da EBSERH – Hospitais Universitários Federais**.3. revisão. Brasília, 2016. Disponível em:<http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/regimento-interno>. Acesso em: 12 dez. 2017; BRASIL. Lei n. 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH). Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12550.htm>. Acesso em: 20 nov. 2017.

[478] EBSERH. EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/rede-federal>. Acesso em 21 dez. 2017.

econômica, assemelhava-se com as orientações desenvolvimentistas, e alguns autores pareciam reconhecer traços do que denominaram do novo desenvolvimentismo. Algumas mudanças eram percebidas, como a tentativa de reduzir o papel da política fiscal em favor da monetária, em relação ao governo de seu antecessor. Nessa análise, Rodrigo Alves Teixeira e Eduardo Costa Pinto destacam a redução da dependência financeira externa que, aos poucos, diminuiu o poder de influência nas decisões da condução das políticas econômicas do setor bancário-financeiro, o que permitiu a adoção de políticas com redução dos juros e dos *spreads* dos bancos públicos. De agosto de 2011 até outubro de 2012, a taxa básica de juros teve dez reduções seguidas, passou a ter o nível mais baixo da história até então. Contudo, em 2013, a retomada do aumento da inflação direcionou a pauta econômica para seu combate como prioridade, pela manutenção da política de metas de inflação e uma nova fase de elevação da taxa básica de juros.[479]

No início da primeira gestão do governo da presidente Dilma Rousseff (2011-2014), a política econômica adotada buscou o reajuste das contas públicas e realizou uma contingência no orçamento de 50 bilhões de reais em 2011 e de 55 bilhões em 2012, na tentativa de compensar as perdas trazidas pela política fiscal expansionista do governo anterior. Manteve o regime de política macroeconômica ancorado nas metas de inflação, de superávit fiscal primário e na flutuação da taxa de câmbio, embora esse modelo tenha se revelado pouco eficiente diante da desaceleração da economia mundial. E assim sendo, um dos principais objetivos da política econômica se concentrou na obtenção de taxas mais elevadas de crescimento econômico. Algumas medidas visando à sustentação do nível de atividade da economia e à retomada do crescimento foram implementadas, entre as mais impactantes, estão: 1. o estímulo ao setor da construção civil, por meio do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) e Programa Minha Casa Minha Vida; 2. o rígido controle sobre os preços públicos (gasolina, gás, eletricidade); 3. a ampliação dos programas redistributivos; 4. a desoneração da folha de pagamento das empresas; a aceleração da devolução dos créditos de PIS/Cofins; 5. a elevação dos limites de enquadramento no Simples; e 6. a alteração pontual da legislação do ICMS para minimizar os efeitos da guerra fiscal.[480]

---

[479] TEIXEIRA, Rodrigo Alves; PINTO, Eduardo Costa. A economia política dos governos FHC, Lula e Dilma: dominância financeira, bloco no poder e desenvolvimento econômico. **Economia e Sociedade**, v. 21, p. 909-941, 2012.

[480] LUKIC. Melina de Souza Rocha. Extrafiscalidade e Regulação da Economia: as mudanças tributárias nos Governos Lula e Dilma. **Sequência**, Florianópolis, n.71, p.197-220, 2015.

Algumas medidas foram alteradas com sucessivas mudanças nas regras, aparentemente, mostrando ausência de um programa de governabilidade claro e objetivo, como alternativa à política fiscal de estímulo à demanda. Todavia, a gestão da presidente Dilma Rousseff caracterizou-se pela tendência ao ativismo excessivo, em parte resultante do contexto global, em parte, pelo seu estilo gerencial. Em linhas gerais, os esforços da política econômica foram ineficientes, não resultando na retomada da atividade econômica. Ademais, o incentivo às atividades de inovação e as medidas para a ampliação da competitividade externa da indústria nacional revelaram-se frustradas com o fraco desempenho da indústria. Desse modo, a forte desindustrialização da economia brasileira e a mudança estrutural negativa levaram a uma redução do potencial de crescimento da economia brasileira e sua relativa estagnação no período compreendido entre 2011 a 2014, além de pressionar a própria inflação de serviços. Por conseguinte, a atividade econômica se desacelerou, caindo de 7,5% em 2010 para 3,9% em 2011; 1,90% em 2012; 3,00% em 2013; e 0,1% em 2014.[481]

Não por acaso, Dani Rodrik, em artigo publicado em 2013, observou que os países que mais experimentaram surtos de crescimento econômico acelerado foram precisamente aqueles que conseguiram transferir mais rapidamente mão de obra dos setores tradicionais para a indústria de transformação, sendo que a indústria de transformação é o setor que se beneficia mais intensamente dos efeitos da expansão positiva da fronteira tecnológica.[482] Vale registrar que, nessa direção, William Arthur Lewis, em 1954, já tinha elaborado uma teoria baseada nas transformações estruturais das economias primárias de subsistência para se transformar em uma economia moderna, industrial e de alta produtividade. Para o autor, a transformação estrutural ocorre com a interação entre os dois setores, a substituição de atividades de baixa produtividade por outras mais produtivas.[483]

Nesse sentido, pode-se reconhecer que as decisões imediatistas e desencontradas do governo da presidente Dilma não seguiram a lógica desenvolvimentista ou novo-desenvolvimentista. Como observa Marcelo Curado, a agenda econômica do desenvolvimentismo original funda-se em um projeto nacional de

---

[481] OLEIRO, José Luiz. MARCONI, Nelson. O novo desenvolvimentismo e seus críticos. **Cadernos do Desenvolvimento**, v. 11, n. 19, p.167-179, jul./dez. 2016.

[482] Para Dani Rodrik, economista da Universidade de Harvard, a indústria de transformação é o setor que se beneficia mais intensamente dos efeitos da expansão positiva da fronteira tecnológica. Cf.: RODRIK, Dani.***The Past, Present, and Future of Economic Growth.*** *The Global Citizen Foundation*. jun. 2013. Disponível em: <http://www.gcf.ch/wp-content/uploads/2013/06/GCF_Rodrik-working-paper-1_-6.17.131.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2017.

[483] LEWIS, Arthur***. Economic Development with unlimited supplies of labour***. The Manchester School, v.22, n.2, p.139-191, 1954.

desenvolvimento, promovido pela intervenção do Estado, com o objetivo explícito de promoção das atividades industriais para melhoria da situação econômica e social do país. No período de 1930 a 1950, dado o grau de desenvolvimento incipiente da indústria, buscou-se a industrialização via substituição de importações. Por outro lado, a agenda do novo-desenvolvimentismo tem como ponto de partida a construção de uma estratégia nacional de desenvolvimento, elaborada e executada por meio da coordenação entre Estado e o mercado. Estratégia que tem como objetivo específico o desenvolvimento de uma estrutura produtiva industrial, em especial, com a promoção de exportações.[484]

O fracasso na condução da política econômica apresentava os primeiros sinais em 2013, na insatisfação da sociedade, expressa nas grandes manifestações populares nas ruas do país. Iniciado pelo Movimento Passe Livre e, pouco a pouco, ampliado para diferentes setores da sociedade, os protestos nas manifestações espontâneas da população mostraram o descontentamento com a condução das políticas no país. Além da redução do preço e melhoria na qualidade dos transportes coletivos, estavam na pauta demandas por mais qualidade e maior investimentos na área da saúde e da educação pública.[485]

Nesse contexto, a reeleição de presidente de Dilma Rousseff, em outubro de 2014, ocorreu em clima de instabilidade política e econômica. No campo político, houve problemas com a base partidária e com a exposição dos escândalos de corrupção; na economia, houve o desaquecimento econômico, que dava os primeiros sinais de uma crise sem precedentes no país. Ao assumir a gestão do segundo mandato, no início de 2015, o desequilíbrio das contas públicas revelou-se bastante preocupante e, no seu enfrentamento, foram adotadas medidas restritivas em todas as áreas, principalmente, na área fiscal, tendo sido feito um dos maiores ajustes fiscais da história recente, maior inclusive que os de 1999 e 2003. Os efeitos das medidas da política econômica impactaram com força a economia já combalida. O cenário econômico estava desanimador ao final do ano de 2015, tendo passado da desaceleração econômica para a recessão econômica. O encolhimento da economia com crescimento negativo de (-) 3,80% em 2015, o aumento do desemprego em 9%, a

[484] CURADO, Marcelo. Por que o governo Dilma não pode ser classificado como novo-desenvolvimentista? **Revista de Economia Política**, v. 37, n1, p. 130-146, jan./mar. 2017.

[485] SCHERER-WARREN, Ilse. Manifestações de rua no Brasil 2013: encontros e desencontros na política. **Caderno do Centro de Recursos Humanos,** Salvador, v.27, n.71, jun./ago. 2014.

taxa de inflação próxima de 11% e o desmoronamento do investimento mostraram os equívocos e a ineficiência das políticas do governo.[486]

O ambiente de crise econômica se reflete diretamente no nível da atividade produtiva, que, por sua vez, influi na geração da receita pública para o pagamento das despesas públicas. Outro efeito consiste no aumento da demanda pelos serviços públicos, especialmente de saúde. Com isso, verificou-se aumento nos atendimentos pelo SUS, pois a recessão e o desemprego levaram as famílias a migrar do plano privado para o atendimento no SUS. Ao perder o emprego, perde-se também o benefício do plano de saúde do tipo empresarial. Outras pessoas, com o orçamento restrito e sem poder arcar com os custos, deixam de pagar os planos de saúde. Desse modo, aumentam as despesas públicas e avolumam o sistema de saúde. Em 2015, segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), aproximadamente 1,18 milhão de brasileiros perderam a assistência médica do plano de saúde privado. Por outro lado, devido ao desequilíbrio fiscal nas contas públicas, os investimentos na área da saúde diminuíram. Isso significa que, da dotação prevista no orçamento do Ministério da Saúde de R$ 121,1 bilhões de reais, para 2015, as despesas empenhadas foram reduzidas para 102 bilhões de reais, e foram efetivamente pagos somente 93,8 bilhões de reais, segundo dados do Relatório do Tribunal de Contas da União.[487]

Na conjuntura de escassez de recursos, são imprescindíveis a racionalidade e a qualidade do gasto público. Para tanto, o gestor público precisa mobilizar esforços tecnológicos e administrativos para inovar na forma de executar as atividades, tornando a gestão mais eficiente. Nessa seara, a visão desenvolvimentista de Joseph Schumpeter ocupa lugar de destaque na temática sobre inovação. Schumpeter, em 1912, concebeu a inovação como um processo de destruição criativa que consiste na capacidade de criar rupturas internas para abandonar o modelo vigente e desenvolver novas e melhores combinações produtivas. Neste contexto, uma inovação pode ser considerada como um novo uso de possibilidades e componentes preexistentes. Assim, a inovação está relacionada ao processo de implementação de novas ideias e práticas em um dado contexto social, que é afetado por condições ambientais e presume interações coletivas.[488]

---

[486] OLEIRO, José Luiz. MARCONI, Nelson. O novo desenvolvimentismo e seus críticos. **Cadernos do Desenvolvimento**, v. 11, n. 19, p.167-179, jul./dez. 2016.

[487] BRASIL. Tribunal de Contas da União. Relatório e Parecer Prévio sobre as Contas do Governo da República Exercício de 2016. Relator Ministro Bruno Dantas. Brasília: TCU, 2017, p.112.

[488] SOUZA, Jonilto Costa; BRUNO-FARIA, Maria de Fátima. Processo de inovação no contexto organizacional: uma análise de facilitadores e dificultadores. *Brazilian Business Review*, v. 10, n. 3, p. 113-136, jul./set., 2013.

Diversos autores consideram a inovação o caminho do sucesso no ambiente competitivo da sociedade contemporânea. Estudos de Joe Tidd, John Bessant e Keith Pavitt, considerados também referência no assunto, entendem que a inovação abrange diversas formas de mudança, em especial, no contexto organizacional, em que é apontada como mecanismo central de renovação, podendo abarcar a forma do desenvolvimento e da implementação de novos produtos, novas tecnologias, novos processos de produção e novos métodos gerenciais. Dessa maneira, a inovação exerce significativa influência no modo como as organizações são estruturadas e geridas. Do mesmo modo, alguns autores, dedicados ao estudo das inovações no âmbito do setor público, defendem a necessidade da aplicação de melhorias significativas quanto à eficiência, efetividade e qualidade. Todavia, as inovações e seus impactos devem ser percebidas e esperadas pelo público.[489]

Cabe reconhecer que a inovação no setor público se revela um grande desafio. Entretanto, a complexidade da sociedade contemporânea impõe a necessidade de novos modelos de gestão, o que justifica a reorganização na operação do aparelho do Estado. Tendo em vista a crescente demanda por serviços públicos com mais qualidade, maior transparência, sustentáveis e democráticos, foi aumentada a exigência por modelos de gestão que respondam às expectativas da sociedade com novos processos e novas formas de comunicação.

A inovação no setor público e a forma de sua implementação são influenciadas pelos paradigmas da administração pública. Com isso, torna-se importante recuperar os modelos de administração pública, que, segundo John Hartley, são a administração pública tradicional, a nova gestão pública e a governança pública. Para o autor, os princípios intrínsecos a cada um deles podem levar a diferentes formas de se gerar e adotar a inovação. O modelo burocrático se mostrou importante para reduzir os efeitos negativos do patrimonialismo e personalismo. A administração pública tradicional e a nova gestão pública dizem respeito às mudanças incrementais e focadas no processo e nos sistemas de gestão. Entretanto, a emergência dos problemas globais, a complexidade dos empreendimentos contemporâneos e a crescente utilização das tecnologias de comunicação requerem um modelo de gestão pública que tenha capacidade para mudanças incrementais contínuas, com transformações

[489] OLIVEIRA, Leonardo Ferreira de; SANTOS JUNIOR, Carlos Denner dos. Inovação no setor público: uma abordagem teórica sobre os impactos de sua adoção. In: CAVALCANTE, Pedro; CAMÕES, Marizaura; CUNHA, Bruno; SEVERO, Willber (Org.). **Inovação no setor público: teoria, tendências e casos no Brasil**. Brasília: Enap: Ipea, 2017, p.35.

organizacionais que ocorrem no setor privado, que buscam maior participação e compromisso das pessoas envolvidas, como o modelo de governança pública.[490]

O modelo de governança pública ou gestão em redes se caracteriza pelo contexto marcado pela globalização e tem como base teórica o estudo das redes sociais e a sociologia organizacional.[491] Manuel Castells, estudioso da sociedade em rede, destaca que as funções e os processos dominantes da era da informação estão cada vez mais organizados em torno de redes. Segundo o autor, o novo paradigma da tecnologia da informação fornece a base material para a organização em redes penetrar em toda a estrutura social. Em relação ao Estado, designa de Estado-rede a forma institucional que surge na adequação aos novos problemas de administração pública e gestão política. Na rede, o Estado, predominantemente dirigente, passa a Estado cooperativo, que produz o bem público em conjunto com outros atores. Ademais, o Poder Público agrega um princípio de fundamental importância no seu funcionamento, o princípio da flexibilidade.[492]

A rede pode ser compreendida como uma estrutura organizacional formada por um conjunto de atores que se articulam com a finalidade de aliar interesses em comum, resolver um problema complexo ou amplificar os resultados de uma ação, pois consideram que não podem alcançar tais objetivos isoladamente.[493]Para Henry Mintzberg, o governo em rede exprime um sistema interligado, uma rede complexa de relações temporárias destinadas à solução dos problemas que a todo instante surgem, uma rede ligada por canais informais de comunicação, cujo lema seria conectar, comunicar e colaborar. [494]

Sob a ótica da gestão pública contemporânea, o sistema de saúde do Brasil, o SUS, desde sua instituição na Constituição Federal de 1988, tem apresentado uma série de inovações. Inovou rompendo com o sistema de proteção social anterior, construindo um sistema de saúde com base teórica inovadora de saúde coletiva, alicerçado no modelo de medicina social. Acompanhou as tendências internacionais e inovou ao implementar um modelo de atenção à saúde que leva em consideração as

---

[490] HARTLEY, John. ***Innovation in governance and public services: past and present***. *Public Money & Management*, v. 25, n.1, p. 27-34, 2005.

[491] KISSLER, Leo; HEIDEMANN, Francisco. Governança pública: novo modelo regulatório para as relações entre Estado, mercado e sociedade? RAP - **Revista de Administração Pública**, v.4, n.3. Rio de Janeiro, p.479-499, mai./jun. 2006.

[492] CASTELLS, Manuel. **A sociedade em rede**. São Paulo: Paz e Terra, 1999, p.164.

[493] MOURA, Suzana. A construção de redes públicas na gestão local: algumas tendências recentes. Revista de Administração Contemporânea. ANPAD, v.1, n.1, jan/abr,1997.

[494] HARTLEY, John. ***Innovation in governance and public services: past and present***. *Public Money & Management*, v. 25, n.1, p. 27-34, 2005.

necessidades do usuário.[495] Inovou na organização do sistema de atenção à saúde sob a forma de redes integradas como estratégia para a consolidação dos seus princípios da universalidade, integralidade e equidade.[496]

As inovações têm em comum a busca pela melhoria da qualidade da prestação de serviços de atenção à saúde e da qualidade de vida dos usuários, bem como dos resultados sanitários do sistema, na mesma direção dos objetivos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), o ponto central consiste no acesso, observados os conceitos de integração horizontal e vertical. Dessa forma, o desenho das redes de atenção à saúde deve combinar economia de escala e qualidade dos serviços. Isso significa que a integração horizontal ocorre pela fusão ou a aliança estratégica de unidades e serviços de saúde da mesma natureza para obter ganhos de escala, para que os custos médios de longo prazo dos serviços diminuam com o aumento do volume das atividades oferecidas. Por sua vez, a integração vertical diz respeito à articulação e coordenação de diferentes organizações de saúde, responsáveis por ações de natureza diferenciada (primária, secundária ou terciária), ou serviços de qualquer ente federativo (federais, estaduais, municipais), privados, lucrativos e não lucrativos, por meio de uma gestão única.[497]

O Hospital, como ponto de atenção terciária, contempla uma diversidade e complexidade de cuidados à saúde, por dar continuidade ao tratamento iniciado na atenção básica por meio do atendimento ambulatorial, ofertar serviços como exames e regime de internação, prestar serviços de assistência contínua aos pacientes com condições agudas ou crônicas, entre outros cuidados. A despeito disso, a integração efetiva da gestão da produção do cuidado à saúde dos Hospitais Universitários Federais (HUF) às Redes de Atenção à Saúde (RAS) do SUS tem sido um grande desafio, em razão da dificuldade de romper com práticas de características hegemônicas do modelo de saúde. Em larga medida, isso resulta da estrutura organizacional burocrática das Instituições de Ensino Superior Federal (IFES).

As estruturas organizacionais das Instituições de Ensino diferem em grau de complexidade dos Hospitais Universitários Federais (HUF) integrantes das Redes de

---

[495] Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população. Dado que o modelo de atenção tem o foco mais nas relações horizontais entre o sistema de saúde e o usuário. Neste modelo, o usuário e os profissionais participam da construção da produção dos cuidados à saúde. Cf.: SOLHA, Raphaela Karla de Toledo. **Sistema Único de Saúde: componentes, diretrizes e políticas públicas**. São Paulo: Erica/Saraiva, 2014, p.43.

[496] MENDES Eugenio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. 2.ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011, p.23.

[497] MENDES Eugenio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. 2.ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011, p.75-82.

Atenção à Saúde (RAS) do SUS. Esta complexidade vem acompanhando as inovações ocorridas no sistema de saúde, que exigem mudanças na estrutura dos hospitais, e não necessariamente, na estrutura das Instituições de Ensino Superior Federal (IFES).

Cabe reconhecer que o grau de complexidade das estruturas organizacionais dos hospitais se distingue das instituições a que estão vinculados. Um hospital por si só, em razão do próprio objeto social, tem uma estrutura organizacional complexa, pois agrega um conjunto de serviços, como restaurante, hotel, lavanderia, nutrição, farmácia, reabilitação, laboratório, radiologia, setores administrativos, consultórios, almoxarifado, entre outros. A complexidade desses serviços exige agilidade, dinamismo e articulação, incompatíveis com as limitações próprias do regime jurídico das Instituições de Ensino Superior Federal (IFES).[498]

Não se discute que a incorporação dos Hospitais Universitários Federais (HUF) ao SUS tenha trazido mudanças significativas. Antes disso, as Instituições de Ensino Superior Federal (IFES) imprimiam seu próprio ritmo de trabalho nos hospitais, considerados apenas espaço de apoio de ensino, pesquisa e extensão na formação dos profissionais da área de saúde. Após o convênio com o SUS, os hospitais foram incorporados à estrutura organizacional do sistema, estando submetidos às diretrizes e princípios do SUS, devendo corresponder às demandas do sistema.[499]

A integração da saúde com a constituição de redes é condição indispensável para a qualificação e a continuidade do cuidado à saúde, além da otimização dos recursos disponíveis. É importante como estratégia para superar a fragmentação da atenção e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, assegurando ao usuário o conjunto de ações e serviços de que necessita, com efetividade e eficiência. Desse modo, a engenharia institucional do sistema de saúde do SUS, envolvendo distintas instâncias de decisão e complexidade administrativa, exige dos estudiosos, dos planejadores e gestores, capacidade de articulação e criatividade. Dessa forma, a superação dos obstáculos estruturais e conjunturais, que dificultam a efetivação plena dos princípios do SUS nos Hospitais Universitários Federais (HUF), apontaram para a necessidade de inovação.[500]

---

[498] COSTA, Carlos. LOPES, Silvia. Produção hospitalar: a importância da complexidade e da gravidade. In: **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, p.35-50, 2004.

[499] BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm>. Acesso em: 10 set. 2017.

[500] TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury; OUVERNEY, Assis Luiz Mafort. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

A EBSERH representa a inovação da administração pública que viabiliza aos usuários do sistema de saúde acesso integral nos cuidados à saúde pela articulação entre os Hospitais Universitários Federais (HUF) e as Redes de Atenção à Saúde (RAS), bem como o desenvolvimento de estudos e práticas para a formação de recursos humanos e pesquisas em saúde. Como um novo modelo de gestão busca romper com o paradigma burocrático na autoadministração da produção dos cuidados à saúde do SUS, e com o modelo biomédico, ainda tão presente, na formação dos profissionais de saúde.

4.6 EBSERH: A busca por uma gestão eficiente na saúde pública

O Hospital Universitário Federal (HUF) pode ser identificado como um sistema aberto, dentro de um sistema mais amplo, o Sistema Único de Saúde – o SUS. Como sistema aberto, está em constante interação dual com o ambiente, ou seja, assim como influência o ambiente externo é por ele influenciado. Age ao mesmo tempo como variável independente e como variável dependente do ambiente. O ambiente interno do hospital, constituído por um conjunto de variados componentes e variáveis interdependentes, interage com o ambiente externo para garantir os meios necessários à sua existência, adaptação e crescimento, e para o qual se destinam os resultados do seu trabalho - a prestação de serviços de cuidados à saúde.

O hospital se constitui em um centro de serviços em que são empregados esforços técnicos, de gestão e de pesquisa conduzidos por diferentes tipos de profissionais. O ambiente em que as atividades hospitalares são desempenhadas se caracteriza por ser próprio de uma área de intervenção ampla, complexa e mutável, em que se articulam multiplicidades de outras organizações, de grupos e de indivíduos. Por esta razão, a gestão não pode estar voltada somente para o seu interior, negligenciando a influência do ambiente externo.

No enfoque sistêmico de gestão de Daniel Katz e Robert Kahn, podem ser identificados cinco subsistemas na estrutura conceitual da organização, quais sejam: produção, manutenção, sustentação, adaptação e gestão. O subsistema de produção está relacionado às atividades das principais funções da organização. O subsistema de manutenção preocupa-se com a estabilidade e fornece as regras, valores e recompensas aplicáveis aos membros da organização. O subsistema de sustentação se concentra no intercâmbio nas fronteiras (*inputs* e *outputs*) e no grau de abertura

(receptividade de insumos e alocação dos serviços) em relação ao ambiente. O subsistema da adaptação se preocupa com o futuro da organização, o desenvolvimento organizacional, o planejamento e a capacidade de mudança. O subsistema de gestão refere-se às atividades de coordenação e controle da atividade dos outros subsistemas.[501]

O sistema de gestão cruza todas as estruturas e subsistemas da organização e depende da definição dos subsistemas institucionais e dos modelos de gestão. O subsistema institucional norteia o processo de gestão por meio do dimensionamento da missão, determina o objetivo a ser atingido no processo de gestão; por sua vez, o sistema da gestão determina os meios para atingir o objetivo. Assim, o sistema da gestão diz respeito ao processo decisório para atingir os propósitos no cumprimento da missão, expressando a intenção dos gestores de conduzir a organização a uma situação objetivada com base situação atual.[502]

Vale ressaltar que, em 2004, o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC) implementaram uma política de reestruturação para os Hospitais de Ensino (HE), induzindo o estabelecimento da contratualização. A contratualização com os Hospitais de Ensino (HE), no âmbito do SUS, consiste no processo pelo qual as partes, o gestor municipal ou estadual do SUS de um lado e o representante legal da instituição a que está vinculado o hospital do outro, estabelecem metas quantitativas e qualitativas de atenção à saúde e de gestão hospitalar, formalizadas por meio de um instrumento contratual.[503] Em 2007, foram estabelecidos os requisitos para a certificação dos Hospitais de Ensino (HE), visando a qualificar a inserção desses estabelecimentos no SUS; a direcionar a contratação dos serviços de saúde ofertados, numa perspectiva de inserção e integração em rede aos serviços de saúde; a aprimorar o financiamento dessas unidades hospitalares e definir mecanismos de acompanhamento e avaliação das atividades de atenção, gestão, ensino e pesquisa desenvolvidas por essas instituições.[504]

---

[501] REIS, Vasco Pintos dos. COSTA, Carlos Morais. **O hospital: um sistema aberto**. Revista Portuguesa de Saúde Pública, v.3, n.1, p.11-18, 1985.

[502] ROSA FILHO, Celso da. Modelo de gestão empresarial com enfoque na controladoria. **Revista Gestão e Conhecimento**, v.3, n.1, jan./jun.2005.

[503] BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial no 1006, de 27/05/2004. Diário Oficial da União 2004; 28 maio. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria no 1702, de 17/08/2004. Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2004; 18 ago.

[504] BRASIL Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial n. 2.400, de 02 de outubro de 2007. Estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 02 out. 2007.

O fato é que o emprego de modelos de avaliação por resultados com sistemas de custos, controladorias, planos de metas, auditoria clínica, sistemas de qualificação do trabalho em saúde, remuneração por desempenho, entre outros, mostrou-se tímido e pouco difundido nas organizações de saúde, o que dificultou a formação de uma cultura de eficiência gestora no interior do sistema bem como o desempenho de profissionais, equipes e unidades de saúde, que não tiveram uma avaliação de forma consistente e objetiva. [505]

Em 2010, foi instituído o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) no intuito de criar condições materiais e institucionais para que os Hospitais Universitários Federais (HUF) pudessem desempenhar plenamente duas funções públicas: apoio a formação e especialização de profissionais de saúde, como centro de pesquisa e extensão na área; e a produção dos cuidados de média e complexidade em saúde no sistema SUS.[506]

O estabelecimento dos contratos de gestão nos serviços de saúde consiste em uma estratégia com grandes potencialidades, podendo assegurar a busca por resultados, a alocação de recursos de forma mais eficiente, aumentar a autonomia gerencial e a descentralização e ampliar a eficácia e efetividade das ações. Com isso, a contratualização nos serviços de saúde tem como finalidades: 1. estimular a descentralização da gestão; 2. dar mais responsabilidade aos gestores e equipes locais; controlar os desempenhos quantitativo e qualitativo dos prestadores; 3. ajudar no planejamento local, estimular a utilização de ferramentas e tecnologias de informação; melhorar a gestão da clínica, gestão da patologia e a gestão do caso; 4. focalizar as necessidades em saúde da população do território sob sua responsabilidade (no caso da atenção primária); 5. buscar o envolvimento e compromisso de toda a equipe na busca de resultados, estimular a cultura de negociação; e 6. proporcionar mais transparência junto ao controle social.[507]

---

[505] OUVERNEY, Assis Mafort; NORONHA, José Carvalho de. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, v. 3, p. 143-182, 2013.

[506] BRASIL Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Ministério do Planejamento, Portaria Interministerial n.º 883, de 5 de julho de 2010. Regulamenta o Decreto n.º 7.082 de 27 de janeiro de 2010, que institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais – REHUF dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2010.

[507] MARTY, Inês Kultech . Primeiras experiências de contratos de gestão em Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde. In: ZIOBRO, André Piekarz; GIACOMINI, Carlos Homero (Org.). **Gestão para resultados em Curitiba: a experiência de contratualização**. Curitiba: Instituto Municipal de Administração Pública, 2009, p. 43-56.

O Decreto n. 7508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta o uso do contrato no SUS, contribuiu para a introdução de práticas de maior responsabilização, prestação de contas e de controle sobre os resultados do hospital. Entretanto, o desafio para superar a baixa prestação de contas depende de outros fatores que suplantam o legado cultural e a dinâmica política do país. Em certa medida, devem ser propiciadas mudanças culturais por meio de novas formas organizacionais para que novas práticas de trabalho sejam incorporadas e instituídas, nas quais a prestação de contas sobre o desempenho tenha lugar central.[508]

A política de contratualização trouxe melhorias na inserção do hospital na rede, no aporte de recursos, na capacidade de planejamento e gestão, mas não foram alcançadas as mudanças organizacionais propostas. Nesse sentido, a Política Nacional de Atenção Hospitalar no Sistema Único de Saúde (PNHOSP), por meio da Portaria n. 3.390, de 30 de dezembro de 2013, estabeleceu diretrizes para a organização hospitalar na Rede de Atenção à Saúde, direcionando as entidades hospitalares para a organização da garantia a seus usuários ao acesso universal, à equidade e integralidade, dando continuidade ao cuidado pela articulação hospital e Rede de Atenção à Saúde (RAS), com foco no usuário e sua família.[509]

É importante destacar que a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) ocorre por meio de instrumentos operacionais como os roteiros de diagnóstico, planejamento e programações regionais, sistemas de informação e identificação dos usuários, normas e regras de utilização de serviços, processos conjuntos de aquisição de insumos, complexos reguladores, contratos de serviços, sistemas de certificação/acreditação, sistemas de monitoramento e avaliação, comissões/câmaras técnicas temáticas, entre outros.[510] A integração às RAS ocorre de modo horizontal e vertical. A integração horizontal consiste na fusão ou aliança estratégica entre duas ou mais unidades de saúde semelhantes, com objetivo de ganhar escala[511]. A integração vertical é a articulação de serviços de diferentes níveis de atenção, de qualquer ente

---

[508] LIMA, Sheyla Maria Lemos; RIVERA, Francisco Javier Uribe. A contratualização nos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n.9, p.2507-2521, 2012.

[509] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Estabelece a Política Nacional de Atenção Hospitalar no âmbito do Sistema único de saúde estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde, Brasília, DF, 2013.

[510] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 31 dez. 2010.

[511] As economias de escala referem-se a uma situação em que os custos médios de longo prazo caem com o crescimento da escala ou do volume de atividades. Cf.: MENDES Eugenio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. 2.ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011, p.71;

federativo (municipal, estadual e federal), com fins lucrativos ou não, por meio de gestão única, tendo como objetivo agregar valor aos serviços.

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é uma condição fundamental para o SUS prestar serviços de atenção à saúde efetivamente universal, equânime, integral, integrado, tempestivo e de qualidade em todo o território nacional. Um dos grandes desafios está na organização no tocante à fragmentação/integração. A integralidade presume a prestação contínua de ações e de serviços de saúde que contemple todo o processo de cuidado à saúde, com ações de cura e reabilitação que não sejam fragmentadas, mas reflitam um conjunto contínuo e articulado de ações. Os hospitais integrados a uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) desempenham funções diferenciadas em relação aos hospitais nos sistemas fragmentados de atenção à saúde. As RAS se caracterizam pela poliarquia, o que é incompatível com hospitalocentrismo, que marca os sistemas fragmentados.[512]

A qualidade hospitalar não deriva somente de seu funcionamento isolado, mas de sua inserção em redes, contribuindo, efetivamente, para gerar valor para as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde. Os hospitais devem estar inseridos, sistemicamente e de forma integrada, como organizações que contêm pontos de atenção de diferentes redes temáticas de atenção à saúde. E sendo assim, o hospital integrado à Rede de Atenção à Saúde (RAS) deve ser avaliado, entre outras variáveis, por sua sistemicidade, ou seja, como parte integrante dessas redes, articulado com outros pontos de atenção à saúde e com os sistemas de apoio.

A crescente demanda pela qualidade na prestação de serviços de atenção ou de cuidados à saúde, combinada com o aumento da complexidade da gestão, tornou a mensuração de desempenho elemento imprescindível para a gestão das organizações de saúde. A qualidade traz, intrínseca ou extrinsecamente, a noção de avaliação e a concepção do valor de algo. Avaliar é mensurar consoante critérios quantitativos ou qualitativos. Os indicadores são os critérios de mensuração, que permitem ao gestor explicitar sistemas e processos e elencar as situações que devem ser alteradas para se alcançar o resultado pretendido. A escolha dos indicadores está diretamente ligada aos sistemas que se quer gerir ou modificar.[513]

A concepção de avaliar desempenho e produtividade (eficiência) nas organizações surgiu dos ideais positivistas. Esses ideais influenciaram os clássicos

---

[512] MENDES Eugenio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. 2.ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011, p.108.

[513] MINAYO, Maria Cecília de Souza. Construção de indicadores qualitativos para avaliação de mudanças. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n.1, p. 83-91, 2009.

teóricos da Administração Frederick Winslow Taylor e Henry Fayol, que se apoiavam na medição de tempos e cálculos de posicionamento para a busca de melhor produtividade das atividades operacionais. No final dos anos de 1980 e início dos anos de 1990, abandonou-se a tendência de avaliação com enfoque puramente financeiro, surgindo abordagens com visão mais abrangente, evidenciando a influência do fator humano. A partir de 1990, a utilização de indicadores não financeiros em conjunto com os financeiros passou a oferecer maior sustentação para o controle administrativo das organizações, que entendiam serem os indicadores financeiros limitados diante das incertezas, principalmente, do ambiente externo.[514]

O engajamento no movimento pela qualidade no setor de saúde, existente em outras áreas de atuação, teve como pioneiro Avedis Donabedian (1919-2000), que, com abordagem sistêmica, desenvolveu a noção de indicadores de estrutura, processo e resultado, adaptando-os ao atendimento hospitalar. Em 1990, este estudioso propôs sete atributos para a qualidade em prestação de serviços de saúde, quais sejam: a eficácia, efetividade, eficiência, otimização dos recursos, aceitabilidade, legitimidade e equidade. A eficácia envolve o alcance dos resultados na capacidade de atendimento; efefitivade, a melhora no estado de saúde; eficiência, a capacidade de obter a melhora no estado de saúde ao menor custo; otimização, a melhor relação entre o valor gasto e o resultado atingido; aceitabilidade, adaptação das preferências do paciente em relação ao atendimento, relação paciente-médico; legitimidade, a percepção que a sociedade tem da organização; e equidade, tratamento igualitário na distribuição dos cuidados à saúde.[515]

Uma implicação importante no conceito das Redes de Atenção à Saúde (RAS) é que o movimento de acreditação[516] hospitalar deve evoluir, gradativamente, para uma acreditação de toda a RAS, em seu conjunto, envolvendo as unidades de atenção primária, secundária e terciária. A acreditação hospitalar é constituída de um sistema de avaliação e certificação de qualidade de serviços de saúde através de um processo voluntário, periódico e reservado. Trata-se de um processo de avaliação de instituições prestadoras de serviços na área de saúde para verificação do cumprimento de requisitos criados para aperfeiçoar a segurança e a qualidade no cuidado. Os

---

[514] CUNHA, Júlio Araújo Carneira da; CORRÊA, Hamilton Luiz. Avaliação de desempenho organizacional: um estudo aplicado em hospitais filantrópicos. **Revista Administração de Empresa**, v.53, n.5, p.485-499, 2013.

[515] DONABEDIAN, Avedis. ***The seven pillars of quality***. *Archieves Phatology & Laboratory Medicine*, v.14, n.11, p.1115-1118, nov.1990.

[516] EBSERH-Hospital das Clínicas**.** Universidade Federal de Minas Gerais. HC/UFMG. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/hc-ufmg/acreditacao-hospitalar>. Acesso em: 12.dez.2017.

princípios da acreditação hospitalar são pautados num caráter eminentemente educativo, métodos e técnicas que possam promover melhoria contínua dos processos.[517] No país, dados recentes identificam 294 hospitais acreditados pela Organização Nacional de Acreditação (ONA).[518]

A rede hospitalar do Brasil, em 2015, contava com 7.470 hospitais (CNES, 2015), 3.065 (41,03%) públicos, 2.474 (33,11%) privados e 1.931 (25,85%) filantrópicos. Dos 5.552 hospitais que atendiam ao SUS, 3.019 (54,38%) eram vinculados ao SUS; 1.792 (32,28%) eram filantrópicos; e 741 (13,35%) eram privados (13,35%). Desses 5.552 hospitais, somente 1.057 foram contratualizados, correspondendo a 19,03%, e somente 201 Hospitais de Ensino (HE) foram certificados pela Portaria n. 2.400, de 2007.

Como resultado concreto do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino, entre os 201 Hospitais de Ensino (HE) certificados, 162 estavam contratualizados e receberam como Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC), o valor global de 763.235.104,01 milhões de reais. E dos 201 hospitais certificados, 15 receberam o Incentivo Financeiro 100% SUS, no valor de 60.665.352,02 reais, em 2015.[519]

A avaliação dos programas de incentivos utilizados no planejamento e implementação de ações e serviços de saúde deve estar delineada para revelar a efetividade, potenciais consequências intencionais e não intencionais (externalidades), os respectivos efeitos sobre a relação profissional e paciente, bem como os impactos sobre a saúde da população.

Os Hospitais Universitários Federais (HUF), como todas as organizações de saúde, são, predominantemente, organizações profissionais, com muitas especificidades e necessidades emergenciais marcadas pela interdependência entre setores. Por isso, reconhecem o papel central dos profissionais e demandam por uma gestão mais consensual, colegiada, e menos autoritária. Considerando que a complexidade do trabalho na área de saúde exige o desenvolvimento de atividades

---

[517] MENDES Eugenio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. 2.ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011, p.110.

[518] A Organização Nacional de Acreditação (ONA) é uma organização não governamental. Trata-se de pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos e de interesse coletivo, que tem atuação nacional. O objetivo dessa organização é implementar um processo de avaliação de maneira contínua e certificação de qualidade. Sua missão é promover o desenvolvimento de um processo de acreditação, visando a aprimorar a qualidade da assistência à saúde no país. Cf.: Site ONA-ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. Organizações certificadas pela Organização Nacional de Acreditação. Disponível em <https://www.ona.org.br/OrganizacoesCertificadas>. Acesso em: 7 nov. 2017.

[519] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Relatório de gestão da SAS 2015. Brasília, DF, mar. 2016.

multiprofissionais, as prioridades dos gestores se vinculam ao objetivo de criar condições de prática favoráveis a esse tipo de trabalho. A gestão de pessoal na área de saúde deve enfatizar a definição de mecanismos de tomada de decisão, envolvendo os profissionais tanto na formulação dos objetivos e das orientações gerais quanto na avaliação dos resultados, propiciando uma gestão em que os profissionais trabalham não por obedecer a ordens, mas por responsabilidade.[520]

Ocorre que a formação das unidades de produção está entre as ações mais estratégicas dos gestores das organizações de saúde. Definir as necessidades da organização em termos de recursos humanos e avaliar o desempenho é fator essencial para a constituição de organizações de saúde capazes de se adaptar ao seu ambiente. Para tanto, um importante mecanismo disponível nos contratos de gestão são os sistemas de incentivos, com duas principais formas de incentivo: o institucional, que viabiliza a concessão de recursos para promover melhorias nas condições de trabalho das equipes, por meio de cursos de capacitação dos profissionais, melhorias dos espaços físicos e compra de equipamentos; e o individual, em que o pagamento dos profissionais apresenta uma parte fixa e outra variável, esta última incidindo no cumprimento de metas estabelecidas para o profissional ou para a equipe. Medidas de incentivos visam a otimizar o desempenho dos serviços, objetivando resolver problemas de falta de coordenação e integração dos múltiplos trabalhadores envolvidos na prestação de serviços, entretanto, o sistema de incentivos à produtividade esbarrava nas restrições imposta ao regime jurídico único (RJU) dos servidores públicos.[521]

Nessa perspectiva, a gestão por competências, instituída com o Decreto n. 5.707, de 23 de fevereiro de 2006, em que foi estabelecida a Política Nacional de Desenvolvimento de Pessoal (PNDP), viabilizou o incentivo institucional e tornou-se referência para a gestão de pessoas na administração pública federal, direta, autárquica e fundacional. Embora exista uma variedade de ocupações de trabalho, implicando diferentes enunciados de competências e diferentes necessidades educacionais, ao longo dos últimos anos, diversas organizações públicas brasileiras adotaram planos para a implantação desses modelos. A gestão por competências pressupõe comprometimento e ação, migrando de um modelo burocrático para um modelo gerencial de resultados.[522]

---

[520] DUSSAULT, Gilles. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n. 2, p.8-19, abr./jun.1992.

[521] SANTANA, José Paranaguá. A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta. In: SANTANA, José Paranaguá; CASTRO, Janete Lima (Org.). **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde**. CADRHU. Natal: EDUFRN, p. 387-400, 1999.

[522] SILVA, Francielle Molon da; MELLO, Simone Portella Teixeira de. A implantação da gestão por

A adequação das competências dos servidores aos objetivos de cada instituição é uma das finalidades da gestão por competência. O Decreto nº 5.707, de 2006, compreende a gestão por competência como a gestão da capacitação orientada para o desenvolvimento do conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias ao desempenho das funções dos servidores, pretendendo alcançar os objetivos da instituição.[523] Trata-se de um processo cujo primeiro passo consiste no mapeamento das competências necessárias e das já existentes para, em seguida, ser elaborado um estudo dos objetivos estratégicos da instituição, definindo as competências necessárias para atingir os resultados almejados. A partir daí, constatadas lacunas de competências, busca-se o desenvolvimento de ações educativas que possam suprir as necessidades por meio de cursos, seminários e programas de intercâmbio de informações e experiências. A implantação da gestão por competências não implica o processo de avaliação de desempenho, na medida em que seu escopo é a capacitação. Tanto quanto a gestão por competências, o plano anual de capacitação assim como o relatório de sua execução são instrumentos da política nacional de desenvolvimento de pessoal.[524]

O Estado, na atuação administrativa, passa a se utilizar de mecanismos burocráticos de descentralização, como a criação de empresas públicas e sociedades de economia mista, para conquistar eficiência.[525] A EBESERH configura-se no fenômeno jurídico da descentralização como ente da Administração Pública Indireta que integra o conjunto de medidas adotadas pelo Governo Federal para viabilizar a reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (HUF).

Os primeiros contratos foram firmados a partir de janeiro 2013, obedecendo a algumas etapas até a implementação plena da gestão pela EBSERH nos Hospitais Universitários Federais (HUF), quais sejam: 1. assinatura do termo de adesão/contrato; 2. diagnóstico situacional do hospital, feito de forma conjunta (IFES/EBSERH); 3. estabelecimento de metas para o hospital; 4. Assinatura do contrato; 5. escolha da equipe de governança; 5. treinamento da equipe; e 7. apoio e monitoramento.

---

competências: práticas e resistências no setor público. **Revista Eletrônica de Administração e Turismo**, v. 2, n. 1, p. 110-127, jan./jun. 2013.

[523] BRASIL. Decreto n. 5.707, de 23 de fevereiro de 2006. Institui a Política e as Diretrizes para o Desenvolvimento de Pessoal da administração pública federal direta, autárquica e fundacional, e regulamenta dispositivos da Lei n. 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/decreto/d5707.htm>. Acesso em: 5. dez.2017.

[524] SILVA, Francielle Molon da; MELLO, Simone Portella Teixeira de. A implantação da gestão por competências: práticas e resistências no setor público. **Revista Eletrônica de Administração e Turismo**, v. 2, n. 1, p. 110-127, jan./jun. 2013.

[525] GABARDO, Emerson. **Eficiência e legitimidade do Estado**. São Paulo: Manole, 2003, p.126.

No roteiro de implementação da gestão da EBSERH, o primeiro passo consiste na manifestação pela adesão ao projeto da Instituição Federal de Ensino Superior (IFES), firmando o compromisso, por meio do Termo de Adesão, entre a empresa e a instituição. O passo seguinte é a constituição de equipes de implantação, compostas por representantes da instituição de ensino (IFES) e da EBSERH, para a realização de diagnóstico conjunto sobre a situação do hospital, dimensionando os serviços prestados pela unidade e a necessidade de contratação de pessoal. As informações orientam o Plano de Reestruturação, um dos anexos do contrato, compreendendo os planos de reestruturação física, tecnológica e de recursos humanos, bem como a proposta de modelo de gestão administrativo-financeira e de gestão clínica, para a definição de metas e a assinatura do contrato.[526]

No contrato entre a EBSERH e cada instituição, constam as obrigações dos signatários, as metas de desempenho, os indicadores e prazos de execução e a sistemática para o acompanhamento e avaliação das metas estabelecidas. Os contratos trazem cláusula que trata da implementação de sistema de gestão único, com geração de indicadores quantitativos e qualitativos para o estabelecimento de metas. Com a assinatura do contrato de gestão, a equipe de governança do hospital é constituída, sendo que o superintendente do hospital tem a indicação do reitor da respectiva instituição. Os demais dirigentes (três gerentes: Atenção à Saúde; Administrativo e de Ensino e Pesquisa) são selecionados por um comitê composto por membros da Diretoria Executiva da EBSERH. O superintendente é selecionado para a respectiva unidade hospitalar tendo como referência a análise curricular que comprove sua qualificação para o atendimento das competências específicas de cada gerência. O Conselho Consultivo, como órgão permanente da EBSERH, além de prestar apoio à Diretoria Executiva e ao Conselho de Administração, tem como uma de suas finalidades o controle social.[527]

Convém destacar o rol das atividades estabelecidas em lei específica de criação da EBSERH para o desempenho da gestão dos Hospitais Universitários Federais (HUF), quais sejam: 1. a gestão das unidades hospitalares na produção dos serviços de cuidados e atenção à saúde aos cidadãos, integralmente disponibilizados ao SUS; 2. A prestação de serviços aos HUF e as instituições públicas congêneres no

[526] EBSERH. EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/rede-federal>. Acesso em 12 jan. 2018.

[527] HALL, Rosemar José; MANFROI, Leossania; SCARPIN, José Eduardo. Tomada de decisão por meio da utilização de indicadores gerenciais em um hospital universitário federal. In*: **International Conference on Information Systems and Tecnology Management***. São Paulo: CONTECSI, 2012.

apoio ao ensino e à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de profissionais da área da saúde, em conformidade com as diretrizes do Poder Executivo; 3. Prestação de serviços na geração do conhecimento em pesquisas básicas clínicas e aplicadas nos Hospitais Universitários Federais (HUF) e a outras instituições públicas congêneres; 4. gestão dos Hospitais Universitários Federais (HUF), com a implementação de sistema de gestão único com geração de indicadores quantitativos e qualitativos para o estabelecimento de metas; e 5. realização de outras atividades inerentes às suas finalidades.

O regime jurídico de pessoal da EBSERH, regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), Decreto-Lei n. 5.452, de 1° de maio de 1943, e legislação complementar, possibilita os programas de sistemas de incentivos institucional e de produtividade. Dessa forma, a EBSERH desenvolve o Programa Crescer com Competência, que adota o modelo gerencial de gestão de desempenho por competências. A sistemática implementada é voltada para o desenvolvimento das competências individuais dos colaboradores, visando, assim, a alcançar resultados organizacionais e atender às necessidades dos usuários dos serviços de saúde. As fases do processo de avaliação do programa incluem o estabelecimento de expectativas e metas pactuadas entre a chefia e equipe (resultados esperados).[528]

Como resultados concretos da EBSERH, podem ser apontados: a gestão mais voltada para os resultados na prestação de serviços públicos de saúde; o regime jurídico, que viabiliza o sistema de incentivos institucional e de produtividade; uniformidade na estrutura organizacional dos Hospitais Universitários Federais (HUF); otimização dos recursos com a economia de escala, maior controle na gestão e execução dos contratos; maior controle sobre a produtividade com a avaliação de desempenho; maior controle com a auditoria interna; maior controle por parte dos administradores públicos sobre a continuidade dos serviços prestados; maior transparência com as informações centralizadas dos hospitais que compõem o sistema no portal EBSERH na rede mundial de computadores; maior facilidade no controle do órgão externo com a centralização das informações; as informações e dados integrados no Sistema de Informações Gerenciais da EBSERH (SIG EBSERH) que disponibilizam o histórico de exames no Painel do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitário (AGHU).

[528] SITE EBSERH. EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/rede-federal>. Acesso em 12 jan. 2018.

No relatório de auditoria do Tribunal de Contas da União (TCU), Processo n.TC 032.519/2014, na avaliação das ações da EBSERH voltadas para a melhoria da gestão e da infraestrutura dos Hospitais Universitários Federais (HUF), bem como na avaliação da substituição dos terceiros com vínculo precário, pode-se verificar que os hospitais filiados à EBSERH tinham 11.813 terceirizados com vínculo precário antes da adesão à empresa, e de acordo com o relatório de 2015, o número passou para 8.133, isto é, cerca de 31% a menos do que antes da adesão. De outra parte, o número de contratações atingiu 11.809 profissionais concursados, frente a apenas 3.680 demissões de terceirizados com vínculo precário, significando que 31% dos profissionais contratados foram acompanhados com a respectiva demissão daqueles terceirizados que atuavam com vínculo precário.[529]

Segundo dados de 2017, divulgados no portal da empresa, a ampliação da força de trabalho, por meio de concursos públicos, saltou de 31 mil para mais de 51 mil trabalhadores nos 33 meses em que a EBSERH atua nos hospitais, um crescimento de 64%. Em relação ao quadro de pessoal dos profissionais médicos, o aumento foi ainda maior, de 81%, passando de 6,2 mil para 11,4 mil.[530]

A gestão dos Hospitais Universitários Federais (HUF) pela EBSERH trouxe melhorias apontadas no relatório do Tribunal de Contas da União (TCU), quais sejam: o projeto conduzido em parceria com o Hospital Sírio Libanês sobre o modelo de relacionamento entre a Sede e hospitais filiados; implantação e disseminação do uso Aplicativo de Gestão Hospitalar Universitário (AGHU), que tem proporcionado padronização de procedimentos administrativos e hospitalares, dando maior capacidade para a EBSERH gerir sua rede e sanar problemas comuns enfrentados por suas filiais; e o projeto “Cadernos de Processos e Tecnologia da Informação”, promovido pela Diretoria de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação da EBSERH, cujo objetivo é mapear boas práticas e disseminá-las para toda rede.

Na infraestrutura física e tecnológica, foram identificadas as aquisições centralizadas a cargo da EBSERH Sede no que se refere a equipamentos hospitalares, tendo sido feito um investimento de mais de 125 milhões de reais para a compra de equipamentos para os hospitais, bem como a aplicação de 176 milhões de reais do

---

[529] BRASIL. Tribunal de Contas da União. Processo n.TC 032.519/2014-1. 2015.Disponível em: < portal.tcu.gov.br/.../032.519%20Empresa%20Servi_os%20Hospitalares%20comp.pdf>. Acesso em: 21 jan.2018.

[530] EBSERH. Site EBSERH. EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Disponível em: http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/noticia-gestao/-/asset_publisher/FJZoSvpDWTpr/content/presidente-da-ebserh-apresenta-resultados-da-gestao-dos-hospitais-a-reitores/15796>. Acesso em : 20. jan.2018

REHUF em novas obras, reformas e revitalizações das estruturas físicas dos hospitais.[531]

No processo de contratualização dos hospitais com o SUS, são identificados os protagonismos da EBSERH em sua rede de filiados, no apoio e cooperação técnica aos hospitais no desenvolvimento do respectivo instrumento contratual, na atuação de agendas elaboradas com os dirigentes do hospital e/ou os gestores do SUS, na participação da análise e disponibilização de informações estratégicas afetas à contratualização, da mediação de conflitos, entre outras formas de atuação. Destaca-se o desenvolvimento de um sistema de gestão dos contratos com o SUS, que conterá um módulo de monitoramento e avaliação do cumprimento de metas e indicadores estabelecidos nos documentos de contratualização com o SUS dos hospitais a ela filiados.

A EBSERH, os Hospitais Universitários Federais (HUF) do sistema e a Diretoria de Atenção à Saúde da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalar (DAS/ EBSERH) desenvolvem um projeto denominado Modelo Único de Gestão DAS, cujo objetivo é aperfeiçoar os serviços, levantando indicadores de assistência, gerenciando e tendo maior aproveitamento dos leitos e, consequentemente, proporcionando melhor atendimento aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS).[532]

A gestão da EBSERH trilha na busca da eficiência e, como ressaltam Emerson Gabardo e Daniel Wunder Hachem, do exercício eficiente da função administrativa, que exige mais do que a simples ação do Estado, sendo necessário que a Administração aja de forma célere, ágil, econômica e produtiva, atuando de modo a concretizar fielmente a finalidade pública subjacente às normas jurídicas às quais está submetida, utilizando os meios mais adequados ao alcance ótimo dos objetivos estatuídos pelo direito positivo (interesse público).[533]

A estrutura organizacional dos hospitais que constituem o sistema EBSERH alinha-se com a estrutura da sede da empresa, de modo a assegurar coerência entre os objetivos, processos de trabalho e a coordenação entre as instâncias e as pessoas que vão desempenhar as tarefas.

---

[531] EBSERH. Site EBSERH. EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Disponível em: http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/noticia-gestao/-/asset_publisher/FJZoSvpDWTpr/content/ presidente-da-ebserh-apresenta-resultados-da-gestao-dos-hospitais-a-reitores/15796>. Acesso em : 20. jan.2018.

[532] SITE EBSERH. EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/rede-federal>. Acesso em 12 jan. 2018.

[533] GABARDO, Emerson; HACHEM, Daniel Wunder. Responsabilidade civil do Estado, *faute du service* e o princípio constiutucional da eficiência administrativa. In: GUERRA, Alexandre D. de Mello *et al*. (Orgs.). **Responsabilidade civil do Estado: desafios contemporâneos**. São Paulo: Quartier Latin, 2010, p.4-6.

5 CONCLUSÃO

O sistema de proteção social brasileiro, ainda que comporte diferentes classificações, segundo alguns autores, apresenta traços similares aos sistemas de muitos países da América Latina. Embora a saúde integre a seguridade social do sistema de proteção social do Estado, o sistema de saúde brasileiro evoluiu em relação aos países latinoamericanos. O sistema de saúde, compreendido como um dos componentes principais dos sistemas de proteção social no Brasil, materializa a mudança no acesso restrito a determinados grupos da sociedade aos cuidados à saúde, vinculados ao sistema previdenciário, para um sistema de acesso universal, alicerçado no direito de cidadania.

A saúde é um direito de cidadania inerente ao próprio conceito de desenvolvimento, e os indicadores de saúde mostram a relação entre o processo saúde-doença e as condições de qualidade de vida da população. Apesar de os níveis de saúde dependerem de muitas outras condições sociais e de vida, além do acesso a serviços médicos sanitários, a criação, implementação e funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) possibilitaram o acesso a mais e melhores serviços de saúde, o que contribuiu para melhorar a situação de saúde da população, além de reduzir a desigualdade de renda. E, também, constitui-se na maior e mais inclusiva política pública construída no Brasil. O SUS é financiado por recursos provenientes de impostos e contribuições sociais, cabendo ao Estado oferecer proteção contra os riscos que ameaçam os indivíduos, como doenças, velhice, acidente, desemprego, morte e exclusão social nas sociedades contemporâneas.

Ao longo dos anos, a sistematização da saúde pública no país, organizada com base nos princípios doutrinários de universalidade, integralidade e equidade, mostrou melhorias significativas nos indicadores de saúde. A lógica do sistema, com desenho institucional claro e estruturado, possibilita que municípios, Estado e União atuem de forma coordenada para atender a mais de 150 milhões de brasileiros que dependem da prestação de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Embora o SUS tenha sido implementado em uma conjuntura de grave crise econômica, de estagnação econômica, de transformação política do Estado brasileiro na adoção de políticas econômicas de cunho liberal, que impuseram barreiras e limites para a efetiva implantação de um sistema mais universal, redistributivo e igualitário, sua história expressa um processo permanente de construção. A construção e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) têm sido um dos mais importantes

legados da democratização no país, tendo sido alcançadas, desde sua criação, importantes melhorias no que diz respeito à promoção da saúde e à redução das vulnerabilidades sociais.

O Sistema Único de Saúde emergiu da necessidade de renovação na saúde pública com a reversão do modelo assistencial, em que predomina o atendimento emergencial ao doente, na maioria das vezes em grandes hospitais, para a adoção do modelo de atenção à saúde, que leva em consideração as necessidades do usuário. O sistema avançou na organização com Atenção Primária à Saúde (APS) abrangente, criando um contexto favorável ao desenvolvimento de iniciativas que fortalecessem a provisão de atenção integral em saúde.

Os avanços foram possíveis graças à profunda descentralização de competências com ênfase na municipalização, pela criação e funcionamento das comissões intergestores (tripartite nacional e bipartites estaduais). O Programa Saúde da Família (PSF), conhecido como Estratégia Saúde da Família, passou a ser o objeto de atenção, no ambiente em que vive, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde-doença. O programa inclui ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. Na última década, aumentou a cobertura da população pelo Saúde da Família no Brasil, passando de 50,9%, em 2008, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), para 66,6% em 2016.

Desde a sua criação, no final dos anos 1980, o SUS contribuiu para aumentar em quase dez anos a expectativa de vida dos brasileiros: em 1991, a esperança de vida ao nascer era de 66,9 anos, ao passo que em 2014, ela aumentou para 75,4 anos. Dados do Ministério da Saúde (MS) indicam que houve também redução da mortalidade materna, redução da incidência de doenças preveníveis com vacinas (sarampo, difteria, coqueluche, tétano, febre amarela, raiva humana, rubéola etc.), redução da proporção de óbitos causados pela falta de assistência médica e redução da taxa de internação hospitalar por causas sensíveis à atenção básica.

De 1990 a 2015, o Brasil reduziu em 73% a mortalidade infantil. Há 25 anos eram registradas 61 mortes para cada mil crianças menores de cinco anos, tendo este número caído para 16 mortes (a cada cem mil) após esse período. Além do Programa Bolsa Família, foram citados como elementos que contribuíram para o resultado positivo a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) com foco na atenção primária de saúde, a melhoria no atendimento materno e ao recém-nascido e esforços na atenção da Estratégia da Saúde da Família.

Esses resultados, impactados pela adoção de uma política de saúde de maior descentralização e aproximação dos serviços de atenção primária à população mais carente, marcaram os últimos anos com o Pacto da Saúde, que promove inovações nos processos e instrumentos de gestão, além de algumas estratégias para a reorganização e a humanização do sistema, como a política Nacional de Humanização, com o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Tendo como referência essa concepção, surgiram programas como o Rede Cegonha, criado em 2011, uma rede de cuidados à gestante, comportando o acompanhamento completo no pré-natal, no parto, no nascimento e no desenvolvimento da criança. Houve ainda cobertura e equidade nas intervenções de saúde reprodutiva e materna nas últimas quatro décadas, de 1986 a 2013, com aumento constante na cobertura ao longo do tempo dos 40% mais pobres da população.

O financiamento do SUS revela-se um dos grandes desafios, embora a aprovação da Emenda Constitucional n. 29 estabeleça a vinculação de recursos nas três esferas de governo ao financiamento das ações e serviços públicos de saúde. A Lei Complementar n. 141, de 16 de janeiro de 2012, regulamentou o § 3º do art. 198 da Constituição Federal sobre regras orçamentárias para as Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) e sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e municípios. Nos últimos 20 anos, de 1996 a 2016, o SUS vem conseguindo manter um piso de financiamento da Atenção Básica e da Vigilância, graças aos recursos federais que só podem ser gastos nessas áreas e que exigem complementações e contrapartidas dos municípios e estados.

Apesar das dificuldades do financiamento e das estruturas administrativas precárias e complexas, o sistema se mantém em funcionamento. As despesas crescentes decorrentes do aumento das necessidades bem como as demandas por novas tecnologias e medicamentos são desafios consideráveis ao sistema, mas, certamente, não implicam qualquer óbice ao seu desempenho, desde que feita uma gestão eficiente e igualitária.

O Sistema Único de Saúde, orientado pelos princípios organizativos da descentralização, regionalização, hierarquização e participação social, tem direcionado esforços para a edificação de um modelo de atenção capaz de responder às atuais condições de saúde dos brasileiros e efetivar a Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo estruturante e coordenador das Redes de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, cujo objetivo é garantir o acesso da população às ações e serviços de saúde de maior complexidade, com a regionalização dos serviços.

As Redes de Atenção à Saúde, modelo de redes integradas, têm se revelado a melhor estratégia para garantir atenção integral, efetiva e eficaz às populações assistidas, podendo melhorar a qualidade clínica, os resultados sanitários e a satisfação dos usuários. Ao mesmo tempo, reduzem os custos dos sistemas de saúde, na medida em que os cuidados da saúde são operacionalizados por meio da atenção básica com recursos adequados, realizados pelo médico que presta atenção pessoal em saúde, primária e contínua, aos indivíduos e famílias, atendendo seus pacientes em suas próprias casas, em seu consultório ou, às vezes, até no hospital, demandando custos menores.

A integração da saúde com a constituição de redes é condição indispensável para a qualificação e a continuidade do cuidado à saúde, além da otimização dos recursos disponíveis. É importante como estratégia para superar a fragmentação da atenção e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, assegurando ao usuário o conjunto de ações e serviços de que necessita, com efetividade e eficiência. Desse modo, a engenharia institucional do sistema de saúde do SUS, envolvendo distintas instâncias de decisão e complexidade administrativa, exige dos estudiosos, dos planejadores e gestores, capacidade de articulação e criatividade.

Por certo que a implantação da atenção integral se depara com limitações decorrentes das heranças de modelo de formação e de práticas profissionais anteriores. O desafio de implementar no Brasil um sistema de saúde com caráter universal, integral e equânime não se encerra nas dificuldades do financiamento e na necessidade de mudar o modelo para atender integralmente a população, as questões de gestão também têm se mostrado de enorme complexidade.

Os Hospitais Universitários Federais (HUF), incorporados ao Sistema Único de Saúde como equipamento de saúde na atenção em nível de maior complexidade, referência na atenção secundária e terciária, assumiram funções se subordinando à lógica do sistema. Os HUF, no desempenho da dupla função pública de cuidados à saúde da população e no apoio ao ensino e à pesquisa das universidades, traduzem a complexidade de sua gestão e a necessidade de agilidade, flexibilidade e dinamismo no desempenho de suas atividades.

A superação dos obstáculos estruturais e conjunturais que dificultam a efetivação plena dos princípios do SUS nos Hospitais Universitários Federais (HUF) apontou para a necessidade de inovação. A criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) integra um conjunto de ações do governo federal visando à

sustentabilidade dos Hospitais Universitários Federais (HUF), que foram criados para apoiar a formação de profissionais de saúde de nível universitário.

A EBESERH consubstancia um fenômeno de centralização da gestão do hospital universitário; por outro lado, é um fenômeno jurídico de descentralização como ente da Administração Pública Indireta. Assim, a empresa representa a inovação da administração pública, que viabiliza aos usuários do sistema de saúde acesso integral nos cuidados à saúde pela articulação entre os Hospitais Universitários Federais (HUF) e as Redes de Atenção à Saúde (RAS), bem como no desenvolvimento de estudos e práticas para a formação de recursos humanos e para pesquisas em saúde.

Como um novo modelo de gestão, busca romper com o paradigma burocrático na autoadministração da produção dos cuidados à saúde do SUS e com o modelo biomédico na formação dos profissionais de saúde. A EBESERH apoia a formação do médico que estimula e valoriza a participação no atendimento integrado ao SUS, de forma articulada, orientando as práticas dos cuidados e atenção à saúde produzidas e interligadas à Rede de Atenção à Saúde do SUS.

A gestão da EBSERH busca a eficiência no exercício da função administrativa, exigindo uma atuação de forma célere, ágil, econômica e produtiva para concretizar fielmente a finalidade pública subjacente às normas jurídicas às quais está submetida, utilizando os meios mais adequados ao alcance ótimo dos objetivos estatuídos pelo direito positivo (interesse público).

O quadro de pessoal dos hospitais filiados à EBSERH, segundo o relatório de auditoria do Tribunal de Contas da União (TCU) de 2015, era constituído por 11.813 terceirizados com vínculo precário antes da adesão à empresa, depois no período de implementação da empresa até 2015, era constituído por 8.133, cerca de 31% a menos do que antes da adesão. O número de contratações atingiu 11.809 profissionais concursados, frente a apenas 3.680 demissões de terceirizados com vínculo precário, significando que 31% dos profissionais contratados foram acompanhados com a respectiva demissão daqueles terceirizados que atuavam com vínculo precário.

Segundo dados de 2017, divulgados no portal da empresa, a ampliação da força de trabalho, por meio de concursos públicos, saltou de 31 mil para mais de 51 mil trabalhadores nos 33 meses em que a EBSERH atua nos hospitais, um crescimento de 64%. Em relação ao quadro de pessoal dos profissionais médicos, o aumento foi ainda maior, de 81%, passando de 6,2 mil para 11,4 mil. Ademais, o regime jurídico de pessoal da EBSERH, regido pela da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), Decreto-

Lei n. 5.452, de 1° de maio de 1943, e legislação complementar, possibilita os programas de sistemas de incentivos institucional e de produtividade.

A ampliação da força de trabalho possibilita o crescimento da oferta de serviços para os usuários do Serviço Único de Saúde (SUS). E, entre outros resultados concretos da EBSERH, podem-se apontar: gestão mais voltada para os resultados na prestação de serviços públicos de saúde; uniformidade na estrutura organizacional dos Hospitais Universitários Federais (HUF); otimização dos recursos com a economia de escala; maior controle na gestão e execução dos contratos; maior controle sobre a produtividade com a avaliação de desempenho; maior controle com a auditoria interna; e maior controle por parte dos administradores públicos sobre a continuidade dos serviços prestados.

No sistema de informação, a EBSERH proporciona a modernização da estrutura de tecnologia dos hospitais pelo fornecimento de softwares de gestão e de contêineres datacenter, que dão segurança no armazenamento de dados. Assim, o sistema apresenta maior transparência com as informações centralizadas dos hospitais que compõem o sistema no portal EBSERH na rede mundial de computadores, maior facilidade no controle do órgão externo com a centralização das informações, além de centralizar as informações e dados integrados no Sistema de Informações Gerenciais da EBSERH (SIG EBSERH), que disponibiliza o histórico de exames no Painel do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitário (AGHU).

A EBSERH consubstancia o instrumento estatal para dar efetividade ao dispositivo constitucional que instituiu o Sistema Único de Saúde, buscando eficiência na realização do interesse público para alcançar os fins determinados pelo ordenamento jurídico, atuando de modo a concretizar a finalidade pública subjacente às normas jurídicas às quais está submetida, utilizando os meios mais adequados ao alcance ótimo dos objetivos estatuídos pelo direito, em consonância com os direitos fundamentais e com os demais princípios e regras que orientam a atividade administrativa.

Portanto, A EBSERH tem os instrumentos e ferramentas de gestão necessárias para viabilizar e efetivar a integração do hospital à Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, possibilitando o fortalecimento e a sustentabilidade financeira e organizacional, regularizando e reestruturando a força de trabalho física e tecnologicamente, com gestão orçamentária e financeira qualificada, com a agilidade e dinamismo que o setor exige e o usuário do SUS espera, direito constitucionalmente assegurado de receber os serviços de cuidados e atenção à saúde.

REFERENCIAS

ABELLÁN PERPIÑAN José Maria; SÁNCHEZ MARTINEZ, Fernando; MARTINEZ PÉREZ, Jorge; MÉNDEZ MARTINEZ, Ildefonso. ***El sistema sanitario público en España y sus comunidades autónomas: sostenibilidad y reformas***. Bilbao: Fundación BBVA, 2013.

ABRUCIO, Fernando Luiz. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. **Revista de Administração Pública**, v. 41, n. 1, p. 67-86, 2007.

ACIOLI, Sonia. Os Sentidos das Práticas Voltadas para Saúde e Doença: maneiras de fazer de grupos da sociedade civil. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2006.

ADAM, Philippe; HERZLICH, Claudine. Saúde, doença e suas interpretações culturais e sociais. In: ADAM, Philippe; HERZLICH, Claudine (Org.). **Sociologia da doença e da medicina**. Tradução Laureano Pelegrin. Bauru: EDUSC, 2001.

AGRANOFF, Robert; RAMOS, Juan Antonio. *La evolucíon hacia una democracia federal en España: un examen del sistema de relaciones intergubernamentales*. In: AGRANOFF, Robert; BAÑON i MARTINEZ, Rafael. (Org.). ***El Estado de las Autonomías: hacia um nuevo federalismo*?** Bilbao: Instituto Vasco de Administración Pública, 1998.

AGUIAR, Adriana Cavalcanti de. Implementando as novas diretrizes curriculares para a educação médica: o que nos ensina o caso de Harvard?**RevistaInterface-Comunidade, Saúde, Educação**, v.5, n.8, p.161-166, 2001.

ALBUQUERQUE, Carlos Manuel de Sousa; OLIVEIRA, Cristina Paula Ferreira de. Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança. Instituto Politécnico de Vizeu, **Revista Millenium**, n. 25, jan.2002.

ALCOFORADO, Flavio Carneiro Guedes. **Contratualização e eficiência no setor público: as organizações sociais**. *X Congreso Internacional del CLAD sobre a Reforma del Estado y de la Administración Pública.* Santiago, Chile, 18-21.out., 2005

ALMEIDA, Márcio José et al. Formação dos profissionais de saúde no Paraná e a implantação das diretrizes curriculares nacionais. 2005. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.31, n.2, p.156-165, 2007.

ALMEIDA, Patty Fidelis de; GIOVANELLA, Lígia; NUNAN, Berardo Augusto. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. **Saúde em Debate**, v.36, n.94, p.375-391, 2012.

AMARAL, Márcia Aparecida do; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Organização do trabalho e gestão do cuidado em saúde. Uma metodologia de cogestão. In: VECINA NETO, GONZALO; MALIK, Ana Maria. **Gestão de saúde**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

AMARO, Rogério Roque**. Desenvolvimento: um conceito ultrapassado ou em renovação? Da teoria à pratica e da pratica à teoria**. ISCTE: Lisboa, 2004.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha. Promoção da Saúde e Cidades/Municípios Saudáveis: propostas de articulação entre saúde e ambiente. In: MINAYO, Maria Cecilia de Souza; MIRANDA, Ary Carvalho (Orgs.). **Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

ARAÚJO, Kizi Mendonça de; LETA, Jacqueline. Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.4, out./dez. 2014, p.1261-1281.

AROUCA, Sérgio. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão crítica da medicina preventiva**. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

AYRES, José Ricardo C. M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. 1.ed. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO, 2009.

BARATA, Luiz Roberto Barradas; MENDES, José Dínio Vaz; BITTAR, Olímpio José Nogueira V.; Hospitais de ensino e o sistema Único de saúde. **Revista Administração Saúde**, v.12, n.46, p. 7-14, jan./mar. 2010.

BARATA, Luiz Roberto Barradas; BITTAR, Olímpio José Nogueira V.; MENDES, José Dínio Vaz. Hospitais de ensino e o Sistema Único de Saúde. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 46, p. 7-14, jan./mar. 2010.

BATISTA, Karina Barros Calife; GONÇALVES, Otília Simões Janeiro. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v.20, n. 4, p. 884-899, 2011.

BELTRAME, Alberto. O programa de reestruturação dos hospitais de ensino e o projeto de fundação estatal de direito privado. In: BRASIL. Tribunal de Contas da União com o apoio da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação; Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior; Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras (Realizador). **I Fórum sobre as Instituições Federais de Ensino Superior**. Brasília: TCU, 2008.

BERLINGUER, Giovanni. TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza**. Reforma sanitária: Itália e Brasil.** São Paulo: Hucitec - Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, 1988.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil.**São Paulo, Editora Ática, 1996.

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, Rosangela Maria. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v.30, n.3, p.380-398, dez. 1996.

BIELSCHOWSKY, Ricardo. **Pensamento econômico brasileiro: o ciclo ideológico dodesenvolvimentismo**. 5. ed. Rio de Janeiro: Contraponto, 2000.

BITTAR, Olímpio José Nogueira V. Instrumentos gerenciais para tornar eficiente o financiamento dos hospitais de ensino. **Revista de Administração em Saúde,** São Paulo, v.5, n.17, p. 9-18, out. 2002.

BITTENCOURT, Fernando Moutinho Ramalho. Contratação de fundações com dispensa de licitação na área federal. **Revista do Tribunal de Contas da União**, Brasília, v. 30, n. 82, out./dez. 1999.

BITTENCOURT, Fernando Moutinho Ramalho. Contratações públicas e fundações de apoio. **Revista de Informação Legislativa**. Brasília, ano 43, n. 171, jul./set. 2006.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Trad. por Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Campus, 2004.

BOBBIO, Norberto. Política e direito. In: BOVERO, Michelangelo. (Org.).**Teoria geral da política: a filosofia política e as lições dos clássicos**. Tradução de Daniela Beccaccia Versiani. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

BONACIM, Carlos Alberto Grespan; ARAÚJO, Adriana Maria Procópio de. Valor econômico agregado por hospitais universitários públicos. **Revista Administração de Empresa**, v.49, n.4, p.419-433, 2009.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. 26.ed. São Paulo: Malheiros, 2010.

BONELLI, Regis. Nível de Atividade e Mudança Estrutural. In: **Estatísticas do Século XX**. Rio de Janeiro: IBGE, 2003.

BONFADA, Diego; CAVALCANTE, José Rodolfo Lopes de Paiva; ARAÚJO, Dayane, Pessoa de; GUIMARÃES, Jacileide. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.2, p.555-560, fev. 2012.

BRAGA, José Carlos Souza; PAULA, Sergio Góes de.**Saúde e previdência: estudos de política social**. São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1981.

BRAGA NETO, Francisco Campos, BARBOSA, Pedro Ribeiro, SANTOS, Isabela Soares. Atenção Hospitalar: Evolução Histórica e Tendências in GIOVANELLA, Ligia et al (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2.ed. rev. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

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

_____. Conselho Nacional de Saúde. Conferência Nacional de Saúde. Brasília. Relatório final da X Conferência Nacional de Saúde. Brasília, D.F.: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 1996.Disponível em: <http://www.universidadesaudavel.com.br/wp-content/uploads/leitura/Relatorio-X%20 CNS.pdf>. Acesso: 11 out. 2017.

_____. Decreto-Lei n. 900, de 29 de setembro de 1969. Altera disposições do Decreto-lei número 200, de 25 de fevereiro de 1967, e dá outras providências. Poder Executivo,

Brasília. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/ del0900.htm>. Acesso em: 20.nov.2017.

_____. Decreto n.4.547, de 27 de dezembro de 2002. Dispõe sobre a extinção de cargos efetivos no âmbito da Administração Pública Federal. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4547.htm>. Acesso em: 13 out.2017.

_____. Decreto n. 5.707, de 23 de fevereiro de 2006. Institui a Política e as Diretrizes para o Desenvolvimento de Pessoal da administração pública federal direta, autárquica e fundacional, e regulamenta dispositivos da Lei n. 8.112, de 11 de dezembro de 1990.

_____. Decreto n. 7.082, de 27 de janeiro de 2010, institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais – REHUF dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2010.

_____. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 jun. 2011.

_____. Decreto n. 7.661, de 28 de dezembro de 2011. Aprova o Estatuto Social da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Brasília, 29 dez. 2011.

_____. DIRETORIA DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS E RESIDÊNCIAS EM SAÚDE. Relatório do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF.): diagnósticos e propostas, Brasília, DF, ago.2009.

_____. Exposição de Motivos Interministerial n. 127. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, Ministério da Cultura- MEC/Ministério do Planejamento/ MP, 20 jun. 2011; BRASIL.

_____. Exposição de Motivos Interministerial n. 383. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, Ministério da Cultura- MEC/Ministério do Planejamento/ MP, 23 dez. 2010.

_____. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm>. Acesso em: 10 set. 2017.

_____.Lei n. 8.142, no dia 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade no Sistema Único de Saúde – SUS – e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 20 de setembro de 1990.

_____. Lei n. 9.632, de 7 de maio de 1998. Dispõe sobre a extinção de cargos no âmbito da Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF.

_____. Lei n. 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH. Brasília,2011.Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12550.htm>. Acesso em: 20 nov. 2017.

_____. Lei Complementar n° 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3° do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Brasília, 2012.

_____. Medida provisória n. 520, de 31de dezembro de 2010. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez.2010.

_____. Ministério da Administração e Reforma do Estado. Câmara da Reforma do Estado. Plano Diretor da Reforma Administrativa do Aparelho do Estado. Brasília: MARE, 1995.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 15, de 8 de janeiro de 1991, que estabeleceu para estas instituições o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS). Brasília, DF, 1991.

_____. Ministério da Educação. Portaria n. 357, de 4 de março de 1991.Estabelece conceituações para Hospital de Ensino. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 06 de mar. 1991. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Portarias/PT375.htm>. Acesso em: 27 jul.2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual para a organização da atenção básica. Brasília; 1999.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde (MS) / Ministério da Educação (MEC) /Organização Panamericana de Saúde (OPAS). PROMED – Programa de incentivo a mudanças curriculares nos cursos de Medicina. Brasília: Secretaria de Políticas da Saúde, 2002 (Edital de convocação).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria n. 234, de 10 de fevereiro de 1992; BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 545, de 20 de maio de 1993. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 2203, de 5 de novembro de 1996.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.2.225/GM, de 5 de dezembro de 2002. Estabelece exigências mínimas para a estruturação técnico/administrativa das direções dos hospitais vinculados ao SUS. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2225_05_12_2002.html.> Acesso em: 25 nov.2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 31 dez. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Publicada no DOU de 31/12/2010, seção I, página 89. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.2.225/GM, de 5 de dezembro de 2002. Estabelece exigências mínimas para a estruturação técnico/administrativa das direções dos hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2225_05_12_2002.html. >. Acesso em: 25 nov.2017.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Ministério do Planejamento, Portaria Interministerial n.º 883, de 5 de julho de 2010. Regulamenta o Decreto n.º 7.082 de 27 de janeiro de 2010, que institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais – REHUF dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial no 1006, de 27/05/2004. Diário Oficial da União 2004; 28 maio. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria no 1702, de 17/08/2004. Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2004; 18 ago.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde-PET- Saúde. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial n. 2.400, de 02 de outubro de 2007. Estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino.Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 02 out. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.Portaria Interministerial n.º 883, de 5 de julho de 2010. Regulamenta o Decreto n.º 7.082 de 27 de janeiro de 2010, que institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais – REHUF dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Organização Panamericana de Saúde. Institui o Programa de incentivo a mudanças curriculares nos cursos de Medicina, PROMED. Brasília: Secretaria de Políticas da Saúde, 2002 (Edital de convocação).

_____. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.000, de 15 de abril de 2004. Dispõe sobre a certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Logística e Tecnologia da Informação. Panorama da interoperabilidade no Brasil / Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Secretaria de Logística e Tecnologia da Informação. MESQUITA, Cláudia S. F.; BRETAS, Nazaré L. (Org.). Brasília: MP/SLTI, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.802,de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde- PET- Saúde. Brasília, DF, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial n.º 562, de 12 de maio de 2003. Constituir Comissão Interinstitucional. Ministério da Saúde, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e Ministério da Ciência e Tecnologia. Brasília, DF, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial n. 2.400, de 02 de outubro de 2007. Estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 02 out. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 15*,* de 8 de janeiro de 1991, que estabeleceu para estas instituições o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS). Brasília, DF, 1991.

_____. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.000, de 15 de abril de 2004. Dispõe sobre a certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.005, de 27 de maio de 2004. Define os documentos para verificação do cumprimento dos requisitos obrigatórios relacionados aos incisos I a XVII do artigo 6º da Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.000, de 15 de abril de 2004. Brasília, DF, 2004

_____. Ministério da Saúde*.* Portaria n*.* 2352, de 26 de outubro de 2004. Regulamenta a alocação dos recursos financeiros destinados ao processo de contratualização constante do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde Portaria n.1.702, de 17 de agosto de 2004. Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Ministério da Educação e Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 31 dez. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Relatório de gestão da SAS 2015. Brasília, DF, mar. 2016.

_____. Supremo Tribunal Federal. Ação direta de inconstitucionalidade n. 4895, Distrito Federal. Relator: Ministro Dias Toffoli. Pesquisa de Jurisprudência, Acórdãos,7 jan.2013. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?id Conteudo=227949 >. Acesso em 15 dez. 2017.

_____. Tribunal de Contas da União com o apoio da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação; Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior; Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras (Real.). I Fórum sobre as Instituições Federais de Ensino Superior. Brasília: TCU, 2008.

_____. Tribunal de Contas da União. Relatório e Parecer Prévio sobre as Contas do Governo da República Exercício de 2016. Relator Ministro Bruno Dantas. Brasília: TCU, 2017, p.112.

_____. TCU. Acórdão do Tribunal de Contas da União n. 1.520, de 23 de agosto de 2006, Plenário 2006.

_____. TCU. Acórdão do Tribunal de Contas da União n.2.731, de 26 de novembro de 2008. Plenário 2008; BRASIL. TCU. Acórdão do Tribunal de Contas da União n.2.813, de 25 de novembro de 2009, Plenário, 2009.

_____. TCU. Acórdão do Tribunal de Contas da União n. 2.681, de 5 de outubro de 2011, Plenário 2011.

_____. Tribunal de Contas da União. Processo n.TC 032.519/2014-1. 2015.Disponível em: <portal.tcu.gov.br/.../032.519%20Empresa%20Servi_os%20Hospitalares% 20comp.pdf>. Acesso em: 21.jan.2018.

BREIHL, Jaime; GRANDA, Edmund. **Saúde na Sociedade: guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico**. Tradução José da Rocha Carvalheiro. 2.ed. São Paulo: Editora Cortez/ABRASCO,1989.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. **Crescimento e desenvolvimento econômico**. Notas para uso em curso de desenvolvimento econômico na Escola de Economia de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas. São Paulo, 2008.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Da administração pública burocrática à gerencial. **Revista do Serviço Público/Fundação Escola Nacional de Administração Pública**. Brasília: ENAP, v. 120, n. 1, jan./abr.,1996.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos; GALA, Paulo. Macroeconomia estruturalista do desenvolvimento. Revista de Economia Política, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 663-686, 2010.

BRIGATTO, Beatriz Fernanda; FÁVARO, Isabela Lela; BRITO, Deborah Cristiane Domingues de. SUS: Garantia a um Direito fundamental. **Linhas Jurídicas**, v.9, n.12, p. 170-185, 2017.

BRUE, Stanley. **História do pensamento econômico**. São Paulo: Thomson, 2005.

BRUE, Stanley. **História do pensamento econômico**. São Paulo: Thomson, 2005, p.471. NURKSE, Ragnar. Padrões de comércio e desenvolvimento. In: SAVASINI, José Augusto et al. (Org.). Economia Internacional. Série ANPEC. São Paulo: Saraiva. 1979.

BURNES, Bernard. ***Managing change*.** London: Pitman Publushing,1992.

CALDAS JUNIOR, AntonioLuiz. Crise nos hospitais universitários: estratégias de privatização. **Associação Profissional dos Docentes da UFMG**. Belo Horizonte, n. 18, p. 95-110, dez.1999.

CALDAS JUNIOR, Antonio Luiz. Crise dos hospitais universitários. Estratégia de privatização. **Universidade e Sociedade** (ANDES), v. 9, n.20, p. 133-138, 1999.

CALDAS JUNIOR, Antonio Luiz; BARRETTI, Pasqual; ORLATO, Alexandre Luiz. Hospitais universitários: retratos atuais de uma crise reincidente. In: **X Congresso Paulista de Saúde Pública**, 2007, São Pedro. Saúde e Sociedade. São Paulo, 2007. v. 16.

CALDAS JUNIOR, Antonio Luiz. **Crise dos Hospitais Universitários e suas consequências para o ensino, pesquisa, extensão e o SUS. 2007**. (Apresentação de Trabalho/Seminário).

CAMPOS, André Luiz Vieira de. Cooperação internacional em saúde: o Serviço Especial de Saúde Pública e seu programa de Enfermagem. **Ciência& Saúde Coletiva**, v.13, n.3, p.879-888, 2008.

CAMPOS, Francisco Eduardo; HADDAD, Ana Estela; MICHEL, Jeanne; NUNES, Maria do Patrocínio; BRENELLI, Sigisfredo; PETTA, Helena; MASSUDA, Adriano; RIBEIRO, Eliana Claudia. Programa de apoio à formação de médicos especialistas no Brasil (Pró-residência): indução para a formação de especialistas segundo necessidades do SUS. In: PIERANTONI, Celia; DAL POZ, Mario Roberto; FRANÇA, Tania. (Org.). **O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. 1.ed. Rio deJaneiro: CEPESC/IMS/UERJ: Observa RH, 2011.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Modo de coprodução singular do Sistema Único de Saúde: impasses e perspectivas. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.33, n.81, jan./abr. 2009, p.47-55.

CAMPOS, Maria Angélica de Figueiredo; FOSTER, AldaísaCassanho. Percepção e avaliação dos alunos do curso de Medicina de uma escola médica pública sobre a importância do estágio em saúde da família na sua formação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.32, n.1, p.83-89, 2008.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito Constitucional e Teoria da Constituição**, 5. ed. Editora Livraria Almedina, 2002.

CARAPINHEIRO, Graça. **Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares**. Porto: Edições Afrontamento; 1998.

CARDOSO, Fernando Henrique. **A Arte da política: a história que vivi**. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2006.

CARMO, Maria do; ANDRADE, Eli Iôla Gurgel; MOTA, Joaquim Antônio César. Hospital universitário e gestão do sistema de saúde: uma trajetória positiva de integração. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 11, n. 4, p. 387-394, jan./mar. 2007.

CARNEIRO, Ricardo. MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. Gestão pública no século XXI: as reformas pendentes. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: desenvolvimento, Estado e políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, v.1, p. 135-194, 2013.

CARVALHO, André Luis Bonifácio; JESUS, Washington Luiz Abreu; SENRA, Isabel Maria Vilas Boas. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. **Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n.4, abr. 2017, p.1155-1164.**

CARVALHO, Antonio Ivo; BUSS, Paulo Marchiori. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: GIOVELLA, Lígia, et al (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2.ed. rev. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

CARVALHO, Déa Maria Tarbes de. Financiamento de assistência médico-hospitalar no Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**, v.12, n.4, p.879-892, jul./ago., 2007.

CARVALHO, Gilson. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. *Ciência & Saúde Coletiva,* v. 6, n. 2, p. 435-444, 2001.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil. O longo Caminho**. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

CARVALHO, Maria Alice R. de; LIMA, Nísia Verônica Trindade. O argumento histórico nas análises de saúde coletiva. In: Fleury, Sônia (Org.). **Saúde coletiva? Questionando a onipotência do social**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

CASTELLS, Manuel. A sociedade em rede. São Paulo: Paz e Terra, 1999, p.164.

CASTRO, Lavinia Barros de Privatização, Abertura e Desindexação: A Primeira Metade dos Anos 90. In: GIAMBIAGI, Fabio et al. (Org.). **Economia brasileiracontemporânea: 1945-2010**. 2.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

CATÃO, Marconi do Ó. **Genealogia do Direito à Saúde: uma reconstrução de saberes e Práticas na modernidade**. Campina Grande: EDUEPB, 2011.

CMMAD. Comissão Mundial Sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento. **Nosso futuro comum**. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 1988.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. A modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n.3, p. 36-47, 1997.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. É possível trabalhar o conflito como matéria prima da gestão? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 508-516, 2005.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, Roseni; Mattos Ruben; CAMARGO JUNIOR, Kenneth *R*. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: UERJ-IMS/Abrasco; 2003.

CISLAGHI, Juliana Fiuza. Hospitais Universitários Federais e novos modelos de gestão: faces da contrarreforma do Estado no Brasil. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (Org.). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011, p.56-63.

CHIAVENATO, Idalberto. **Iniciação à Teoria das Organizações**. Barueri, SP: Manole, 2010.

CHIAVENATO, Idalberto. **Administração dos novos tempos**. 3.ed. Barueri, SP: Manole, 2014.

CHIAVENATO, Idalberto. **Administração, teoria, processo e prática**. 5. ed. Barueri, SP: Manole, 2014.

CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução à teoria geral da administração**. 9.ed. Barueri, SP: Manole, 2015.

CHIORO DOS REIS, Ademar Arthur. AHospitais de Ensino: uma resposta estrutural à crise. **Boletim ABEM**, Rio de Janeiro, p. 8-9, set./out., 2004.

CHIORO DOS REIS, Ademar Arthur. Entre a Intenção e o ato: **Uma análise da política de contratualização dos hospitais de ensino (2004 – 2010)**, [Tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2011, p.20.

CHIORO DOS REIS, Ademar Arthur; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. A política de reestruturação dos hospitais de ensino: notas preliminares sobre os seus impactos na micropolítica da organização hospitalar. **Saúde em Debate**, v.33, n. 81, p. 88-97, 2009.

CISLAGHI, Juliana Fiuza. Hospitais universitários federais e novos modelos de gestão: faces da contra-reforma do Estado no Brasil. **Cadernos de Saúde**. Rio de Janeiro: Rede Sirius, p. 56-63, set. 2011.

CLEMENTE, Berenice Tessari. **Cronologia dos Hospitais Universitários Federais do MEC**. Brasília,1998.

COHN, Amélia. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.7, p.1614-1619, jul. 2009.

COLOSSI, Nelson. Estudo da função extensionista e assistencial do HU/UFSC. In: PEREIRA, Márcia dos Santos. **Mudança organizacional na saúde: desafios e alternativas de um hospital universitário**. Belo Horizonte: FACE, 2004.

COMPARATO, Fábio Konder.**A afirmação histórica dos direitos humanos**. 4. ed.São Paulo: Saraiva, 2005.

Congress of the United States of America. Patient Protection and Affordable Care Act Congress of the United States of America. 2010. Disponível em: <https://democrats.senate.gov/pdfs/reform/patient-protection-affordable-care-act-as-passed.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2017.

CORSI, Francisco Luiz. A criação das bases da industrialização (1930-1945). In: PIRES, Marco Cordeiro. (Coord.). **Economia brasileira: da colônia ao governo Lula**. São Paulo: Saraiva, 2010.

COSTA, Ana Maria; VIEIRA, Natália Aurélio. Participação e controle social em saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, v. 3, 2013, p. 237-271.

COSTA, Carlos. LOPES, Silvia. Produção hospitalar: a importância da complexidade e da gravidade. In: **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, p.35-50, 2004.

CRISTOVAM, José Sérgio da Silva. O Conceito de Interesse Público no Estado Constitucional de Direito**. Revista da Emesc**, v.20, n.26, 2013.

CUNHA, Elenice Machado; GIOVENELLA, Lígia. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência &Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1029- 1042, 2011.

CUNHA, Júlio Araújo Carneira da; CORRÊA, Hamilton Luiz. Avaliação de desempenho organizacional: um estudo aplicado em hospitais filantrópicos. **Revista Administração de Empresa**, v.53, n.5, p.485- 499, 2013.

CUNHA, Paulo César Melo da. **Regulação jurídica da saúde suplementar no Brasil**. Rio de Janeiro*:* Lumen Juris, 2003.

CURADO, Marcelo. Por que o governo Dilma não pode ser classificado como novo-desenvolvimentista? **Revista de Economia Política**, v. 37, n1, p. 130-146, jan./mar. 2017.

DENHARDT, Robert B.; CATLAW, Thomas J. **Teorias da Administração Pública.** Tradução Noveritis do Brasil. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2017

DITTERICH, Rafael Gomes; MOYSÉS, Simone Tetu; MOYSÉS, Samuel Jorger. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. **Caderno Saúde Pública**, v. 28, n.4, p. 615-625, 2012.

DONABEDIAN, AVEDIS. ***The seven pillars of quality****. Archieves Phatology & Laboratory Medicine*, v.14, n.11, p.1115-1118, nov.1990.

DRAGO, Leandra Maria Borlini. A gestão dos serviços de saúde pós 1988: o caso dos hospitais universitários. In: GARCIA, Maria Lúcia Teixeira (Org.). **Análise da política de saúde brasileira**. Vitória: EDUFES, 2014.

DRAIBE, Sônia M América Latina na encruzilhada: uma nova agenda social no alvorecer do século XXI? In: DRAIBE, Sônia M.; RIESCO, Manuel. ***El Estado de bienestar social***

en América Latina: una nueva estrategia de desarrollo. Madrid, España: Fundación Carolina, CeALCI, 2009.

DRUKER, Peter. **A sociedade pós-capitalista.** São Paulo: Pioneira, 1993.

DUARTE, Luciana Gaspar Melquíades. **Possibilidades e limites do controle judicial sobre as políticas públicas de saúde – um contributo para a dogmática do direito à saúde**. Belo. Horizonte: Editora Fórum, 2011.

DUSSAULT, Gilles. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n. 2, p.8-19, abr./jun.1992.

EBSERH. **Regimento Interno da EBSERH – Hospitais Universitários Federais**.3. revisão. Brasília, 2016. Disponível em:<http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/regimento-interno>. Acesso em: 12 dez. 2017.

ELIAS, Paulo; MARQUES, Rosa Maria.; MENDES, Áquilas. O financiamento e a política de saúde. **Revista USP**, São Paulo, n. 51, p. 16-27, set./nov. 2001.

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde**: **origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.

ESCOREL, Sarah; GIOVANELLA, Lígia**;** MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de**;** SENNA,Maria de Castro Maia. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil.***Pan American Journal of Public Health***, v.21, 2007, p. 164–176.

ESCRIVÃO JUNIOR, Álvaro. **A epidemiologia e o processo de assistência à saúde**. In: VECINA NETO, Gonzalo. Gestão em saúde. 2.ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2016.

FADEL, Cristina Berger; SCHNEIDER, Luciana; ADAS, MOIMAZ, Suzely Adas Saliba; SALIBA, Nemre Adas. Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil.**Revista Administração Pública**, 2009, v. 43, n. 2, p.445-456. .

FAVERET FILHO, Paulo; OLIVEIRA, Pedro Jorge. A universalidade excludente: reflexões sobre a tendência do sistema de saúde. **Planejamento e Políticas Públicas**, Ipea, n.3, p. 139-162, jun. 1990.

FÁVERO, Maria de Lourdes de Albuquerque. A Universidade no Brasil: das origens à Reforma Universitária de 1968. **Educar**, Curitiba, n. 28, p. 17-36, 2006.

FÁVERO, Maria de Lourdes de A. **Universidade brasileira em busca de sua identidade***.* Petrópolis: Vozes, 1977.

FEGHALI, Jandira. Participação e institucionalização (embates 1990 a 1994). In: FALEIROS, Vicente de Paulo. et at. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo**. Brasília. Ministério da Saúde, 2006.

FEIJÓ, Carmem Aparecida; RAMOS, Roberto Luis Olinto (Orgs.)**. Contabilidade Social: referência atualizada das contas nacionais do Brasil.** 4 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

FELIPE, José Saraiva. MPAS: o vilão da Reforma Sanitária? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 4, n. 3, p. 483- 504, out./dez. 1987.

FERREIRA JUNIOR, Walter Cintra. Gerenciamento de hospitais estaduais paulistas por meio das organizações sociais de saúde. **Revista de Administração Pública**, FGV, Rio de Janeiro, v.37, n.2, mar./abr. 2003.

FERREIRA, Sandra Regina Viegas; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. O programa de reestruturação dos Hospitais de Ensino (HE) do Ministério da Educação (MEC) no Sistema Único de Saúde (SUS): uma inovação gerencial recente. **RAS**, v.11, n.44, p.113-26, 2009.

FERTONANI,HosannaPattrig; PIRES, Denise Elvira Pires de; BIFF, Daiane; SCHERER, Magda Duarte dos. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência &Saúde Coletiva**, v.20, n.6, p.1869-1878, jun. 2015.

FIGUEIREDO, Rubens; COUTINHO, Ciro. As eleições de 2002. **Opinião Pública**, Campinas, v. 9, n. 2, out. 2003.

FILIPPON, Jonathan; GIOVANELLA, Ligia; KONDER, Mariana; POLLOCK, Allyson M. A “liberalização” do Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra: trajetória e riscos para o direito à saúde. **Caderno de *Saúde* Pública**, v.32, n.8, p.1-15, ago. 2016.

FIORI, José Luiz. **Em busca do dissenso perdido. Ensaios críticos sobre a festejada crise de Estado**.Rio de Janeiro: Insight Editorial,1995.

FIX-ZAMUDIO, Héctor. El Estado social de derecho y la Constitución mexicana. In:ÁLVAREZ DEL CASTILLO et al (Colab.). **La Constitución mexicana: rectoría del Estado y economía mixta**. Porrúa: UNAM, Instituto de Investigaciones jurídicas, 1985.

FLEURY, Sonia. A seguridade social e os dilemas da inclusão social. **Revista Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 449-469, maio/jun. 2005.

FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n. 3, p. 743-752, 2008.

FOLLONI, André. Isonomia na tributação extrafiscal. **Revista Direito GV**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 201-220, jan./jun. 2014.

FONSECA, Cristina M. de Oliveira. Saúde no governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

FONSECA, Pedro Cezar Dutra. Desenvolvimentismo: a construção do conceito.In: CALIXTRE, André Bojikian; BIANCARELLI, André Martins; CINTRA, Marcos Antonio Macedo. (Org.). **Presente e Futuro do Desenvolvimento Brasileiro**. Brasília: IPEA, p. 29-78, 2014.

FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, v.6, n.2, p.151-163, 2012.

FREITAS, Rosana de C. Martinelli. **O governo Lula e a proteção social no Brasil: desafios e perspectivas**.O governo Lula e a proteção socialno Brasil: desafios e perspectivas.*Katálysis*, v.10, n.1, p.65-74.

FRIEDEN, Jeffrey A. **Capitalismo global: história econômica e política do século XX**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

FUENTES i GASÓ, Josep Ramon; GARCÍA RUBIO, Fernando. ***La responsabilidade de lasAdministraciones Públicas tras la nueva Ley de Régimen Jurídico del Sector Público: cuatro estúdios***.Barcelona: Atelier, 2017.

FUERWERKER, Laura Camargo Macruz. CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 965–71, 2007.

FURTADO, Celso. **Criatividade e dependência na civilização industrial**. São Paulo: Cia das Letras, 2008.

FUSFELD, Daniel Roland. **A Era do Economista**. São Paulo: Saraiva, 2003.

GABARDO, Emerson. **Eficiência e legitimidade do Estado**. São Paulo: Manole, 2003.

_____. **Interesse público e subsidiariedade: o Estado e a sociedade civil para além do bem e do mal**. Belo Horizonte: Fórum, 2009.

_____; HACHEM, Daniel Wunder. Responsabilidade civil do Estado, *faute du service* e o princípio constiutucional da eficiência administrativa. In: GUERRA, Alexandre D. de Mello *et al*. (Orgs.). **Responsabilidade civil do Estado: desafios contemporâneos**. São Paulo: Quartier Latin, 2010.

_____; REIS, Luciano Elias. O Gerencialismo entre Eficiência e Corrupção: breves reflexões sobre os percalços do desenvolvimento. In: SILVEIRA, Raquel Dias da; CASTRO, Rodrigo Pironti Aguirre de (Coord.). **Estudos Dirigidos de Gestão Pública na América Latina**. Belo Horizonte, Fórum, 2011.

_____. A Eficiência no Desenvolvimento do Estado Brasileiro: uma questão política e administrativa. In: MARRARA, Thiago (Org.). **Princípios de Direito Administrativo**. São Paulo: Atlas, 2012.

GALBRAITH, John Kenneth. **A economia e o interesse público. São Paulo**: Pioneira, 1988.

GARCIA, Juan Cesar. ***Historia de las instituciones de investigación en salud en América Latina:***1880-1930. Educ. Med. Salud. v.5, n.1, p. 71-87, 1995.

GIAMBIAGI, Fabio. Estabilização, Reformas e Desequilíbrios Macroeconômicos: Os Anos FHC (1995-2002). In: GIAMBIAGI, Fabio. et al. (Orgs.). 2. ed. **Economia brasileira contemporânea: 1945-2010**. 2.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

_____. Rompendo com a ruptura: o governo Lula (2003-2010). In:GIAMBIAGI, Fabioet al. (Org.). **Economia brasileira contemporânea: 1945-2010**. 2.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

GIFFIN, Karen; SHIRAIWA. O agente comunitário de saúde pública: a proposta de Manguinhos.**Caderno de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.5, n.1, jan./mar.,1989.

GIL, Célia Regina Rodrigues; MAEDA, Sayuri Tanaka. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: SOARES, Cássia Baldini; CAMPOS, Célia Maria Sivalli (Org.). **Fundamentos de Saúde Coletiva e o Cuidado de Enfermagem**. Barueri: Manole, 2013.

_____. **Práticas profissionais em saúde da família: expressões de um cotidiano em construção** [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2006.

_____; MAEDA, Sayuri Tanaka. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: SOARES, Cássia Baldini; CAMPOS, Célia Maria Sivalli (Org.). **Fundamentos de Saúde Coletiva e o Cuidado de Enfermagem**. Barueri: Manole, 2013.

GIOVANELLA, Lígia; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica.In: GIOVANELLA, Lígia, et al (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012,

_____; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVELLA, Lígia, et al (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2.ed. rev. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

_____; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?Rio de Janeiro: **CEBES**, 2012.

_____; STEGMULLER, Klaus. Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha.**Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n.11, p.1-19, nov. 2014.

GOHN, Maria da Glória. **História dos Movimentos e Lutas Sociais: a construção da cidadania dos brasileiros**. São Paulo: Loyola, 1995.

GONZÁLEZ, Alberto Durán González; ALMEIDA, Marcio José de. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. ***Physis***, v.20, n.2, p.551-570, 2010.

GONÇALVES, Ernesto Lima. Estrutura Organizacional do hospital moderno. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 38, n. 1, p.80-90. jan./março,1998.

GRABOIS, Victor. **Gestão do cuidado**. In: GONDIM, Roberta; GRABOIS, Victor; MENDES, Walter (Org.). Gestão do cuidado. 2.ed. Rio de Janeiro: EAD Ensp Fiocruz, v.1, p.153-191, 2011.

GUIMARÃES, Edgar. **Contratação direta: comentários as hipóteses de licitação dispensável e inexigível**. Curitiba: Negócios Públicos, 2013.

GUIZARDI, Francine Lube; CAVALCANTI, Felipe de Oliveira Lopes. O conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. ***Physis***, v.20, n.4, p.1245-1265, 2010.

GUIZARDI, Francine Lube; PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de; SANTANA, Ana Débora; MATTA, Gustavo da; GOMES, Márcia Constância Pinto Aderne. **Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das Conferência Nacionais de Saúde**. *Physis* Revista Saúde Coletiva, v.14, n. 1, 2004, p.15–39.

HACHEM, Daniel Wunder. A maximização dos direitos fundamentais econômicos e sociais pela via administrativa e a promoção do desenvolvimento. **Revista de Direitos Fundamentais e Democracia**, v.13, n. 13, Curitiba, UniBrasil, p. 340-399, jan./jun. 2013.

HALL, Rosemar José; MANFROI, Leossania; SCARPIN, José Eduardo. Tomada de decisão por meio da utilização de indicadores gerenciais em um hospital universitário federal. In*:* ***International Conference on Information Systems and Tecnology Management***. São Paulo: CONTECSI, 2012.

HARTLEY, John. ***Innovation in governance and public services: past and present***. *Public Money & Management*, v. 25, n.1, p. 27-34, 2005.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise na implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997.

HERKENHOFF, João Batista. **Direitos humanos: uma ideia, muitas vozes**. 3.ed. Aparecida, SP: Editora Santuário, 1998.

HERMANN, Jennifer. Auge e declínio do modelo de crescimento com endividamento: o II PND e a crise da dívida externa (1974-1984). In: GIAMBIAGI, Fabio et al. (Org.). **Economia brasileira contemporânea: 1945-2010**. 2.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

HERMANN, Jennifer. Reformas, endividamento e o “milagre” econômico. In: GIAMBIAGI, Fabio et al. (Org.). 2. ed. **Economia brasileira contemporânea: 1945-2010**. 2.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

HIRONOBU, Sano; ABRUCIO, Fernando Luiz. Promessas e resultados do Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das Organizações Sociais de Saúde em São Paulo. **Revista de Administração de Empresas**, v.48, p. 64-80, 2008.

HIRSCHMAN, Albert. ***The strategy of economic development***. Yale University Press,1965.

HOBSBAWM, Eric. **Era dos Extremos: o Breve Século XX (1914-1991)**. 2.ed. Tradução Marcos Santarrita. São Paulo, Companhia das Letras, 1995.

HOCHMAN, Gilberto. **A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil***.* São Paulo: Hucitec/Anpocs, 1998.

IANNI, Octavio. **Estado e planejamento econômico no Brasil**. 4. ed. rev. e atual.Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1986.

IANONI, Marcus**. Políticas Públicas e Estado: o Plano Real**. Lua Nova, São Paulo, n.78, p.143-183,2009.

IBANEZ, Nelson; BITTAR, Olímpio J. Nogueira V.; SÁ, EvelinNaked de Castro; YAMAMOTO, Edison Keiji; ALMEIDA, Marcia Furquim de; CASTRO, Cláudio Gastão Junqueira de. Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo, **Ciência Saúde Coletiva**, v.6, n.2, Rio de Janeiro, 2001.

IBAÑEZ, Nelson; VECINA NETO, Gonzalo. Modelos de gestão e o SUS**. Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n. suppl , p.1831-1840, nov.2007.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017). Disponível em: < https://ww2.ibge.gov.br/apps/população/projecao/> e <https://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=355030&search=s%E3o-paulo|sao-paulo>. Acesso em: 17 out. 2017.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Políticas Sociais: acompanhamento e análise. Rio de Janeiro, n. 23, IPEA, 2015. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=25812>. Acesso em: 10 fev. 2017.

JACINTHO, Jussara Maria Moreno. **Dignidade humana: princípio constitucional**. Curitiba: Juruá, 2006.

JONES, Lorelei; EXWORTHY, Mark; FROSINI, Francesca. *Implementing market-based reforms in the English NHS: bureaucratic coping strategies and social embeddedness*. ***Health Policy***, n.111, 2013, p.52-59.

JUAN, José Joaquín O'Shanahan. Situação atual da reforma sanitária na Espanha. In: BUSS, Paulo Marchiori; LABRA, Maria Eliana (Org.). **Sistemas de saúde: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995.

JUNIOR SILVA, Aluísio Gomes de: ALVES, Carla Almeida. Modelos Assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valéria; CORBO, Anamaria D'Andrea (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

KALDOR, Nicholas. *The role of effective demand in the short run and the long run*. In: BARRÉRE, Alain (ed.). ***The Foundations of Keynesian Analysis***. London: MacMillan Press, 1988.

KINZO, Maria D.'Alva G. A democratização brasileira: um balanço do processo político desde a transição. **São Paulo em Perspectiva**, v. 15, n. 4, p. 3-12, out./dez., 2001.

KISSLER, Leo; HEIDEMANN, Francisco. Governança pública: novo modelo regulatório para as relações entre Estado, mercado e sociedade? RAP - **Revista de Administração Pública**, v.4, n.3. Rio de Janeiro, p.479-499, mai./jun. 2006.

KUZNETZ, Simon. *Economic growth and income inequality*. ***American economic review***, v. 45, n. 1, p. 1-28, 1955.

LABRA, Maria Eliana. Associativismo no setor de saúde brasileiro e organizações de interesse do empresariado médico. ***Physis*** **Revista de Saúde Coletiva**, v. 3, n.2, p.193-225, Rio de Janeiro, IMS, 1993.

LA FORGIA, Gerard. M.; COUTTOLENC, Bernard F. **Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência.** Tradução de Hospital *Performance in Brazil: The Search for Excellence*. São Paulo: Singular, 2009.

LALONDE, Marc. ***A new perspective on the health of Canadians***. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada, 1974. Disponível em: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>. Acesso em 7 set.2017.

LAMPERT, Jadete Barbosa et al. Projeto de Avaliação de Tendências de Mudanças no Curso de Graduação nas Escolas Médicas Brasileiras. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.33, p.5-18, 2009.

LAURELL, Asa Ebba Cristina. Políticas de saúde em conflito: seguro contra os sistemas públicos universais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, p. 1-8, 2016.

LAVRAS, Carmem. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n.4, p.867-874, 2011.

LEVAGGI, Rosella. *Il ticket per le prestazioninella riforma del sistema sanitario*. ***Rivista di diritto finanziario e scienza delle finanze***, Pavia, v. 58, n. 4, p. 475-491, 1999.

LEWIS, Arthur***. Economic Development with unlimited supplies of labour***. The Manchester School, v.22, n.2, p.139-191, 1954.

LIMA, Nísia Trindade. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história de três dimensões. In:FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

LIMA, Sheyla Maria Lemos. **Possibilidades e limites da contratualização no aprimoramento da gestão e da assistência em hospitais: o caso dos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro**. [Tese de Doutorado].Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

LIMA, Sheyla Maria Lemos; RIVERA, Francisco Javier Uribe. A contratualização nos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n.9, p.2507-2521, 2012.

LITTIKE, Denilda. **Improvisando a Gestão por meio da gestão do improviso: o processo de trabalho dos gestores de um hospital universitário federal**. 2012. [Dissertação]. Mestrado em Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2012.

LITTIKE, Denilda; SODRÉ, Francis. A arte do improviso: o processo de trabalho dos gestores de um Hospital Universitário Federal**. Ciência Saúde Coletiva**, v.20, n.10, p.3051-3062, 2015.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Lígia. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, Lígia;ESCOREL, Sarah; LOBATO,

Lenaura VasconcelosCosta; NORONHA, José Carvalho; CARVALHO, Antonio Ivo. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Editora Fiocruz: Rio de Janeiro, 2008,.

LOPES, Juarez Rubens Brandão. **Desenvolvimento e mudança social: formação da sociedade urbano-industrial no Brasil**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008.

LUGARINHO, Regina; LOPEZ, Maria da Graça Kfouri; PEREIRA, Luciana Alves. Diretrizes curriculares nacionais e níveis de atenção à saúde: como compatibilizar? **Olho Mágico** (UEL), v.13, p.5-8, 2006.

LUKIC, elina de Souza Rocha. Extrafiscalidade e Regulação da Economia: as mudanças tributárias nos Governos Lula e Dilma. **Sequência**, Florianópolis*,* n.71, p.197-220, 2015.

LUZ, Madeu Therezinha**.** Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. **Série Estudos em Saúde Coletiva**, 62. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/UERJ, 1993.

MACHADO, Cristiani Vieira. Novos modelos de gerência nos hospitais públicos: as experiências recentes. ***Physis*****: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 105-119, 2001.

MACHADO, João Guilherme Rocha; PAMPLONA, João Batista. A ONU
e o desenvolvimento econômico: uma interpretação das bases teóricas da atuação do PNUD.**Economia e Sociedade**, v.17, n.1, p.53-84, 2008.

MACHADO, Maria Helena. Mercado de trabalho em saúde. In: FALCÃO, André et al. (Org.). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

_____; OLIVEIRA, Eliana dos Santos; MOYSES, Neuza Maria Nogueira. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. In: PIERANTONI, Celia; DAL POZ, Mario Roberto; FRANÇA, Tania. (Org.). **O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. 1.ed. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ: ObservaRH, 2011.

MACHADO, Sérgio Pinto; KUCHENBECKER, Ricardo. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil**. Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n.4, p.871-877. 2007.

MATOS, Orlando Carneiro de. **Econometria básica: teorias e aplicações**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

MATTA, Gustavo Corrêa. A organização mundial da saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.3, n.2, p.371-396, 2005.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Aquiles. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 21, n. 2, p. 345-362, 2012.

MARSHALL, Thomas Humphrey. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MARTINS, Carlos Benedito. A Reforma Universitária de 1968 e a Abertura Para O Ensino Superior Privado No Brasil. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 30, n. 106, p. 15-35, jan./abr. 2009.

MARTY, Inês Kultech . Primeiras experiências de contratos de gestão em Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde. In: ZIOBRO, André Piekarz; GIACOMINI, Carlos Homero (Org.). **Gestão para resultados em Curitiba: a experiência de contratualização**. Curitiba: Instituto Municipal de Administração Pública; 2009.

MCKEE, Martin; HEALY, Judith. *The significance of hospitals: anintroduction*. In MCKEE, Martin; HEALY, Judith (Ed..). ***Hospitals in a changingEurope***. Buckingham: Open University Press. World Health Organization. EuropeanObservatoryon Health Care Systems Series, 2002.

MEDICI, André Cesar. Incentivos governamentais ao setor privado de saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n.2, p.79 -115, 1992.

MEDICI, André Cesar. Hospitais Universitários: passado, presente e futuro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 149-156, abr./jun. 2001.

MEDICI, André Cezar. Sistemas de Financiamento e Gestão hospitalar: uma aplicação ao caso brasileiro. In: VECINA NETO, GONZALO; MALIK, Ana Maria. **Gestão de saúde**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Curso de Direito Administrativo**. 27. ed., São Paulo: Malheiros, 2010.

MELLO, Celso Antônio Bandeira de. Sociedades mistas, empresas públicas e o regime de Direito Público. **Revista Eletrônica de Direito Administrativo Econômico**, Salvador, BH., n. 10, mai./jun./jul. 2007, p.1-10. Disponível em:<http://www.direitodoestado.com/revista/redae-10-maio-2007-celso%20 antonio.pdf>. Acesso em: 1 dez. 2017.

MELLO, Guilherme Arantes; FONTANELLA, Bruno José Barcellos; DEMARZO, Marcelo Marcos Piva. Atenção básica e atenção primária à saúde: origens e diferenças conceituais.**Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 204-213, 2009.

MELLO, João Manuel Cardoso. **O Capitalismo Tardio**. 11. ed. São Paulo: Editora UNESP; Campinas, SP: FACAMP, 2009.

MELO, Daniela Tranches de. **Movimentos sociais e institucionalização de políticas públicas de saúde no Brasil: a experiência do movimento sanitário e do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Mauad X Faperj, 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. *As* redes de atenção à saúde*,* **Ciência Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p.2297-2305, 2010.

MENDES, Eugenio Vilaça. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: CONASS, 2015.

MENDES, Eugenio Vilaça. **A evolução histórica da prática médica, suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médica**. Belo Horizonte: PUC/FINEP; 1985.

MENDES Eugenio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. 2.ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MENDES, Eugenio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p. 2297- 2305, ago. 2010.

MENDONÇA, Marina Gusmão de; PIRES, Marco Cordeiro. **Formação econômica do Brasil**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. A política de saúde do governo Lula. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 20, n. 2, p. 522-532, 2011.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.77-92, jan./mar. 2014.

MERHY, Emerson Elias. Ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: MERHY, Emerson Elias.**Saúde: a cartografia do trabalho vivo***.* São Paulo: Hucitec; 2002.

MERHY, Emerson Elias; CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. O singular processo de coordenação dos hospitais. **Revista Saúde em Debate**, v.22, n.64, p.110-122, 2003.

MERHY, Emerson Elias. Um dos Grandes Desafios para os Gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, Emerson Elias;MAGALHÃES JUNIOR, Helvécio Miranda; RIMOLI, Josely; FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderley Bueno. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva**. 4. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2007.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v.6, n. 2, p.151-163, 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Construção de indicadores qualitativos para avaliação de mudanças. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n.1, p. 83-91, 2009.

MODENESI, André de Melo. A política monetária brasileira e suas recentes reespecificações: uma análise pela ótica da coordenação. In: MODENESI, André de Melo *et al* (Orgs.). **Sistema financeiro e política econômica em uma era de instabilidade: tendências mundiais e perspectivas para a economia brasileira**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

MORENO, Arlinda Barbosa; ALMEIDA, Alexandra R. M. de; COSTA, Lygia; VIEIRA, Mônica. Trabalhadores da Saúde: diferença de escolaridade entre o setor público e o privado. Um estudo a partir do PNAD-2005. In: PIERANTONI, Celia; DAL POZ, Mario Roberto; FRANÇA, Tania. (Org.). **O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. 1.ed. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ: ObservaRH, 2011.

MORGAN, Gareth. **Imagens da organização**. São Paulo: Atlas, 1996.

MORIN, Edgar. **Ciência com consciência.** 3. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

MOTTA, Fernando C. Prestes; VASCONCELOS, Isabella F. Gouveia de. **Teoria geral da administração**. 3.ed. rev. São Paulo: Cengace Learning, 2014.

MOURA, Suzana. A construção de redes públicas na gestão local: algumas tendênciasrecentes. Revista de Administração Contemporânea. ANPAD, v.1, n.1, jan/abr,1997.

MULHOLLAND, Timothy Martin; TRISTÃO, Dulce Maria; MAIA, Cármen Regina. Gestão de Pessoas. In: BRASIL. Tribunal de Contas da União com o apoio da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação; Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior; Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras (Real.). **I Fórum sobre as Instituições Federais de Ensino Superior**. Brasília: TCU, 2008.

MYRDAL, Gunnar. **Teoria econômica e regiões subdesenvolvidas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Saga, 1968.

NETTO, Luciana; SILVA, Kênia Lara; RUA, Marília dos Santos. Desenvolvimento de competências para a promoção da saúde e mudança no modelo assistencial. **Texto Contexto Enfermagem**, v,25, n. 2, jul. 2016.

NÓBREGA, Maílson da. A saída é consolidar o sistema capitalista. In: SICSÚ, João; CASTELAR, Armando (Org.). **Sociedade e Economia*:* estratégias de crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ipea, 2009, p.172.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro, Qualitymark, 1994.

NUNES, Everardo Duarte. Saúde coletiva: História de uma ideia e de um conceito. **Saúde e Sociedade**, v. 3, n. 2, p. 5-21, 1994.

NUNES, Everardo Duarte. Saúde Coletiva: Revisitando a sua História e os Cursos de Pós-Graduação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.1, n.1, p.55-69, 1996.

NUNES, Everardo Duarte. Juan César García: a medicina social como projeto e realização.**Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 33-144, 2015.

NUNES, Francisco. As organizações de serviços de saúde: a Alguns elementos distintivos. **Revista Portuguesa de Gestão**, v. 3/4, p. 5-28, 1994.

OLIVEIRA, Leonardo Ferreira de; SANTOS JUNIOR, Carlos Denner dos. Inovação no setor público: uma abordagem teórica sobre os impactos de sua adoção. In: CAVALCANTE, Pedro; CAMÕES, Marizaura; CUNHA, Bruno; SEVERO, Willber (Org.). **Inovação no setor público: teoria, tendências e casos no Brasil**.Brasília: Enap: Ipea, 2017.

OLEIRO, José Luiz. MARCONI, Nelson. O novo desenvolvimentismo e seus críticos. **Cadernos do Desenvolvimento**, v. 11, n. 19, p.167-179, jul./dez. 2016.

OLIVEIRA, Jaime Antonio de. De Araújo; TEIXEIRA, Sônia Maria. Fleury. (**Im)previdência social 60 anos da história da previdência do Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1985.

OLIVEIRA, Gustavo Justino de. **Contrato de gestão**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2008.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina Pereira. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.66, 2013.
OMS -Organização Mundial de Saúde. Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários. Alma-Ata, Cazaquistão, URSS. Disponível em: <http://www.saudepublica.web.pt/05- PromocaoSalDe/Dec_Alma-Ata.htm>. Acesso em 30 set. 2017.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal. Relatório mundial de saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2010.

ONA-ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. Organizações certificadas pela Organização Nacional de Acreditação. Disponível em <https://www.ona.org.br/OrganizacoesCertificadas>. Acesso em: 7 nov. 2017.

ONU. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris, 10 dez. 1948. Disponível em: <http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf >. Acesso em: 20 jun.2017.

ONU. Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Traduzido de ONU, Organização das Nações Unidas. *United Nations.* Disponível em: <http://www.ohchr.org/EN/Profes sionalInterest/Pages/CESCR.aspx.>. Acesso em: 17 fev. 2017.

OPAS/ BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde O perfil do sistema de serviços de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde,1998.

OUVERNEY, Assis Mafort; NORONHA, José Carvalho de. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, v. 3, 2013.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492–499, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. **A Reforma Sanitária e o CEBES**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão crítica**. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto para novos paradigmas? **Revista Saúde Pública**, v. 32, n.4, 1998.

PAIM, Jairnilson Silva. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayrol, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar. **Epidemiologia e saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

PAIM, Jairnilson Silva. **Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde**. ANVISA – Seminários Temáticos Permanentes. Brasília: 28 mar. 2001.

PAIM, Jairnilson da Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto para novos paradigmas? **Revista Saúde Pública**, 1998, v. 32, n.4, p. 299-316.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmem Fontes. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. ***Ciência Saúde Coletiva**, v.* 12(Supl. 0), p.819-829, 2007.

PARPINELLI, Mary Ângela. **Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira: o quê muda para o CAISM**?2005.

PEREIRA, Adelyne Maria Mendes; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira; FREIRE, José Manuel.Descentralização e regionalização em saúde na Espanha: trajetórias, características e condicionantes. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.39, n. especial, p.11-27, 2015.

PEREZ, Emília Pessoa. A propósito da educação médica. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v.4, n.1, p.9-13. 2004.

PERRY, James L.; KRAEMER, Kenneth L. (Ed.). ***Public Management: Public and Private Perspectives.***California: MayfieldPublishingCo., 1983.

PESTANA, Marcos. Apresentação da Primeira Edição. In: MENDES Eugenio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. 2.ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

PIOLA, Sergio Francisco; SERVO, Luciana Mendes; SÁ, Edvaldo Batista de; PAIVA, Andrea Barreto de. Financiamento do Sistema Único de Saúde: trajetória recente e cenários para o futuro.**Análise Econômica,** n. 30, 2012, p. 9-33.

PIOLA, Sergio Francisco; SERVO, Luciana Mendes; SÁ, Edvaldo Batista de; PAIVA, Andrea Barreto de. Estrutura do financiamento e gasto do sistema público de saúde Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, v. 4, 2013, p.19-70.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 14. ed., rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2013.

PIOVESAN, Flavia. Tratados Internacionais de proteção dos direitos humanos: Jurisprudência STF. In: **Revista Internacional de Direito e Cidadania**. Instituto Estudos Direito e Cidadania, v. 1, n. 2, out./2008. Disponível em: <http://reid.org.br//arquivos/REID-002.pdf>. Acesso: 15 jun. 2017.

PIRES-ALVEZ, Fernando A.; PAIVA, Carlos Henrique Assunção.Saúde e desenvolvimento: agenda do pós-guerra. In: PONTE. Carlos Fidelis; FALLEIROS, Ialê (Org.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, Fiocruz/EPSJV; 2010.

PIRES, Marcos Cordeiro. PAULINO, Luís Antonio. O Brasil e a crise internacional. In: PIRES, Marcos Cordeiro (Coord.). **Economia brasileira: da colônia ao governo Lula**. São Paulo: Saraiva, 2010.

PIRES, PAULINO, Luis Antonio. O Plano Real e os dois governos de Fernando Henrique Cardoso (1995-1998/1999-2002). In: PIRES, Marcos Cordeiro (Coord.). **Economia brasileira: da colônia ao governo Lula**. São Paulo: Saraiva, 2010.

PIVETTA, Saulo Lindorfer. **Direito Fundamental à Saúde: Regime jurídico, políticas públicas e controle judicial**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014.

PRATES, Daniela Magalhães. **O efeito-contágio da crise global sobre os países emergentes**.Revista de Economia Política, v. 31, p. 328-330, 2011.

PREBISCH, Raúl. *El desarrollo económico de la América Latina y algunos de sus principales problemas*. In: Gurrieri, Adolfo. ***La obra de Prebisch en la CEPA***L. 2.v. México, DF: *Fondo de Cultura Económica*,1982.

RABELLO, Lucíola Santos. **Promoção da Saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada.**Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010.

RDH. **Relatório de Desenvolvimento Humano: definição e medição do desenvolvimento humano**. Nova York: PNUD, 1990. Disponível em:<http://hdr.undp.org/sites/default/files/reports/219/hdr_1990_en_complete_nostats.pdf>. Acesso em 22 mai. 2017.

RAMOS, André de Carvalho. **Direitos Humanos em juízo**. São Paulo: Max Limonad, 2001.

REGO, José Márcio; MARQUES, Rosa Maria (Orgs.). E**conomiabrasileira.**3.ed. São Paulo: Saraiva, 2006.

REIS, Vasco Pintos dos. COSTA, Carlos Morais. **O hospital: um sistema aberto**. Revista Portuguesa de Saúde Pública, v.3, n.1, p.11-18, 1985.

REPULLO LABRADOR José Ramom. *La sostenibilidad de las prestaciones sanitarias públicas*. In: PRESNO LINERA, Miguel Angel (Ed.). ***Crisis económica y atención a las personas y grupos vulnerables***. Oviedo: Universidad de Oviedo, 2012.

RIBEIRO, José Aparecido; PIOLA, Sergio Francisco; SERVO, Luciana Mendes Sá. As novasconfigurações de antigos problemas: financiamento e gasto com ações e serviços públicos de saúde no Brasil. In: **JORNADA DE ECONOMIA DA SAÚDE DA ABRES**, 2, Belo Horizonte, 2005. Anais. Rio de Janeiro: CEBES, 2005.

RIBEIRO, José Luis Pais. A psicologia da saúde. In: ALVES, Railda Fernandes (Org.). **Psicologia da saúde: teoria, intervenção e pesquisa**. Campina Grande, PB: EDUEPB, p. 23-64, 2011.

RISI, João Baptista; NOGUEIRA, Roberto Passos (Coord.). As condições de saúde no Brasil. FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

RIST, Gilbert. ***El desarrollo: historia de una creencia occidental***. Madrid: La Catarata, 2002.

RIVERO, DAT. Alma ata: 25 anos *después.* ***Revista Perspectivas de Salud. La revista de la Organizacion Panamericana de la Salud*****;** v. 8, n. 1, 2003.

RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon. **Capitalismo e saúde no Brasil nos anos 90: as propostas do Banco Mundial e o desmontado SUS**. São Paulo: Hucitec, 2012.

RODRIGUES, Marco Antonio; RUFINONI, Priscila Rossinetti. Cyro dos Anjos: modernidade e melancolia. In: RUFINONI, Priscila Rossinetti; Mari, Marcelo (Org.). **Ditadura, modernização conservadora e universidade: debates sobre um projeto de país**. 1.ed. Goiânia: Editora UFG, v. 1, p. 283-297, 2005.

RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban; MARTÍNEZ NAVARRO, Ferran. ***Salud Pública en España: de la edad media al siglo XXI***. Junta de Andalucía, Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de salud, Sevilla, 2008, p.119-121.

RODRIK, Dani. ***The Past, Present, and Future of Economic Growth.*** *The Global Citizen Foundation*. jun. 2013. Disponível em: <http://www.gcf.ch/wp-content/uploads/2013/06/GCF_Rodrik-working-paper-1_-6.17.131.pdf>.
Acesso em: 02 dez. 2017.

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Editora Unesp; Rio de Janeiro:ABRASCO, 1994.

ROSA FILHO, Celso da. Modelo de gestão empresarial com enfoque na controladoria. **Revista Gestão e Conhecimento**, v.3, n.1, jan./jun.2005.

ROSENSTEIN-RODAN, Paul. Problemas da industrialização da Europa Oriental e Sul-Oriental. In: AGARWALA, Amar Nath.; SINGH, S. P. Baghel(Org.). A economia do subdesenvolvimento. Rio de Janeiro: Forense,1969.

ROSTOW, Walt Whitman. **Etapas do desenvolvimento econômico: um manifesto não comunista**. 5. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores,1974.

ROTHEN, José Carlos. Os bastidores da reforma universitária de 1968. **Educação e Sociedade**, v. 29, n.103, p. 453-475, maio/ ago. 2008.

SACHS, Ignacy. **Desenvolvimento: includente, sustentável, sustentado**. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

SAES, Flávio Azevedo Marques de; SAES, Alexandre Macchione. **História econômica geral**. São Paulo: Editora Saraiva, 2013.

SALGADO, Eneida Desiree. **Constituição e Democracia - Tijolo por tijolo em um desenho (quase) lógico: Vinte anos de construção do projeto democrático brasileiro**. 1. ed. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2007.

SALTMAN, Richard; RICO, Ana; BOERMA, Wienke (Ed.). **Atenção primária conduzindo as redes de atenção à saúde: reforma organizacional na atenção primária europeia**. Brasília: Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.

SANTANA, José Paranaguá. A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta. In: SANTANA, José Paranaguá; CASTRO, Janete Lima (Org.). **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde**. CADRHU. Natal: EDUFRN, p. 387-400, 1999.

SANTIAGO, Marcus Firmino. PERIUS, Raul Nero; ARAÚJO, Cláudio Marcelo. O Obamacare e o Conservadorismo constitucional**. Revista Jurídica Luso-Brasileira,** ano 2, n. 6, p. 1023-1051, 2016.

SANTOS, Agnaldo Castilho; OLIVEIRA JUNIOR, Lourival Batista. Rehuf: uma ferramenta para tomada de decisão e sua aplicação na saúde coletiva. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 42, n. 1, p. 43-51, jan./jun. 2016.

SANTOS, Jair Lício Ferreira; WESTPHAL, Marcia Faria. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos Avançados**, São Paulo, v.13, n.35, p.71-88, 1999.

SARRETA, Fernanda de Oliveira. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

SAUL, Renato Paulo. As raízes renegadas da teoria do capital humano. **Sociologias**, Porto Alegre, V. Ano 6, n. 12, p. 230-273, 2004.

SCHERER-WARREN, Ilse. Manifestações de rua no Brasil 2013: encontros e desencontros na política. **Caderno do Centro de Recursos Humanos,** Salvador, v.27, n.71, jun./ago. 2014.

SCHUMPETER, Joseph Alois.**Teoria do desenvolvimento econômico: uma investigação sobre lucros, capital, crédito, juro e o ciclo econômico**. São Paulo: Nova Cultural, 1988.

SEN, Amartya.**Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SEN, Amartya. **Desigualdade reexaminada**. Tradução e apresentação de Ricardo Doninelli Mendes. 3. ed.- Rio de Janeiro: Record, 2012.

SERAPIONI, Mauro. **Crise econômica e desigualdades nos sistemas de saúde dos países do Sulda Europa.** Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.33, n.9, p.1-14,2017.

SESTELO, José Antonio de Freitas; SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de; BAHIA, Lígia Bahia. Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde.**Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.5, p.851-866, mai. 2013.

SICSÚ, João. **20 anos depois: quem são os donos do plano Real? A estabilização da inflação aconteceu ao custo da substituição de produtos nacionais por importados e o agravamento da situaçãofiscal***.* Carta Capital. Edição Março 2014.

SILVA, Francielle Molon da; MELLO, Simone Portella Teixeira de. A implantação da gestão por competências: práticas e resistências no setor público. **Revista Eletrônica de Administração e Turismo**, v. 2, n. 1, p. 110-127, jan./jun. 2013.

SILVA, José Afonso da Silva. **Poder Constituinte e Poder Popular: estudos sobre a Constituição**. 1. ed. 3. tir. São Paulo: Malheiros, 2007.

SILVA, Virgílo Afonso da. O Judiciário e as políticas públicas> entre transformação social e obstáculo à realização dos direitos sociais. In: NETO, Cláudio Pereira de Souza; SARMENTO, Daniel. **Direitos sociais: fundamentação, judicialização e direitos sociais em espécies**. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2008.

SOARES, João Clemente Baena. A Relevância dos Organismos Internacionais. In: **Relações internacionais: pesquisa, prática e perspectiva**.AGUILAR, Sergio Luiz Cruz; ALBRES, Hevelyn Menezes (Org.). Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012.

SODRÉ, Francis. LITTIKE, Denilda; DRAGO, Leandra Maria Borlini; PERIM, Maria Clara Mendonça. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um Novo Modelo de Gestão? **Serviço Social e Sociedade**, n. 114, São Paulo, p.365-380, abr./jun. 2013.

SOLHA, Raphaela Karla de Toledo. **Sistema Único de Saúde: componentes, diretrizes e políticas públicas**. São Paulo: Erica/Saraiva, 2014.

SOUZA, Jonilto Costa; BRUNO-FARIA, Maria de Fátima. Processo de inovação no contexto organizacional: uma análise de facilitadores e dificultadores. *Brazilian Business Review*, v. 10, n. 3, p. 113-136, jul./set., 2013.

SOUSA, Maria Fátima de; HAMMANN, Edgar Merchán. Programa saúde da família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14 (Supl. 1), 2009.

SOUZA, Luiz Eduardo Simões de. A crise política dos anos de 1960. In: PIRES, Marco Cordeiro(Coord.). **Economia brasileira: da colônia ao governo Lula**. São Paulo: Saraiva, 2010.

SOUZA, Luiz Eduardo Simões de; PIRES, Marco Cordeiro. A economia escravista mercantil e o modelo primário-exportador (1808-1930). In: PIRES, Marco Cordeiro. (Coord.). **Economia brasileira: da colônia ao governo Lula**. São Paulo: Saraiva, 2010.

SOUZA, Nali de Jesus. **Curso de Economia**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; OLIVEIRA, Vanessa Elias de. Reforma(s) e Estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. **Saúde e Sociedade**, v.16, n.1, p.7-17, jan./abr., 2007.

TAVARES, André Ramos. **Direito Constitucional Econômico**. 2. ed. rev. e atual. São Paulo: Método, 2006.

TEIXEIRA, Rodrigo Alves; PINTO, Eduardo Costa. A economia política dos governos FHC, Lula e Dilma: dominância financeira, bloco no poder e desenvolvimento econômico. **Economia e Sociedade**, v. 21, p. 909-941, 2012.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. **Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ,1994.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury (Coord.) **Reforma Sanitária em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. O dilema reformista na Reforma Sanitária Brasileira. **Revista de Administração Pública.** Rio de Janeiro, FGV, v. 21, n. 4, out./dez. 1987.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. **Política social e democracia: reflexões sobre o legado da seguridade social**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.1, n. 4, p. 400-417, 1985.

TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury; OUVERNEY, Assis Luiz Mafort. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

TOLEDO, Caio Navarro de. 1964: O golpe contra as reformas e a democracia. **Revista Brasileira de História**, v. 24, n. 47, São Paulo, 2004.

TORO, Ivan Felizardo Contrera. O papel dos hospitais universitários no SUS: avanços e retrocessos. **Serviço Social & Saúde**, Campinas, v. 4, n. 4, p. 55-60, mai. 2005.

TORRES, Marcelo Douglas de Figueiredo. **Agências, contratos e OSCIPS: a experiência pública brasileira**. Rio de Janeiro: FGV, 2007, p.97.

UNIDAS - União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde. Origem e evolução da assistência à saúde nas empresas. In:União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde. **Autogestão em Saúde no Brasil 1980-2005:História da Consolidação do Setor**. São Paulo: 2005.

VAITSMAN, Jeni. Corporativismo: notas para a sua aplicação no campo da saúde. In: TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury (Org.). **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez, 1989.

VASCONCELOS, Eymard Mourão (Org.). **Perplexidade na universidade: vivências nos cursos de saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

VECINA NETO, Gonzalo; MALIK, Ana Maria. Tendências na assistência hospitalar. **Ciência &. Saúde Coletiva**, v.12, n.4, p.825-883, 2007.

VELOSO, Fernando; VILELA, André; GIAMBIAGI, Fabio. Determinantes do “milagre” econômico brasileiro (1968-1973): uma análise empírica. Revista Brasileira deEconomia.v.62,n.2, p.221-246, abr./jun.2008.

VERDI, Maria Inez; DA ROS, Marco Aurélio; SOUZA, Thaís Titon; CUTOLO, Luiz Roberto Agea. **Saúde e sociedade**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.

VIANA, Ana Luíza D'Ávila (Coord.). Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde. Projeto de Pesquisa: relatório final. São Paulo: [s.n.], abril de 2008.

VIANNA, Solon Magalhães. A Seguridade Social e o SUS: revisitando o tema. **Saúde e Sociedade**, v.14, n.1, jan./abr. 2005, p.7-22.

VIEIRA, Marcelo Milano Falcão; KNOPP, Glauco da Costa; ROLIM, Hygino Lima; SIMÕES, Janaína Machado; DARBILLY, Leonardo Vasconcelos Cavalier. **Teoria geral da administração.** Rio de Janeiro: FGV, 2012.

VIEIRA, Oscar Vilhena. Do compromisso maximizador ao constitucionalismo resiliente. In: DRIMOULIS, Dimitri et al. **Resiliência Constitucional: compromisso maximizador, consensualismo político e desenvolvimento gradual**. São Paulo: Direito GV, 2013.

VILLELA. André. Dos "anos dourados" de JK à crise não resolvida (1956-1963). In: GIAMBIAGI, Fabio.et al. (Org.). 2. ed. **Economia brasileira contemporânea: 1945-2010**. 2.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

VILLELA, André. O desenvolvimento econômico em perspectiva histórica. In: FERREIRA, Pedro Cavalcanti; GIAMBIAGI, Fábio; VELOSO, Fernando; PESSÔA, Samuel (Org.). **Desenvolvimento Econômico: uma perspectiva brasileira**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

WEBER, Max. Burocracia. In: GERTH, H. H.; WRIGHT MILLS, C. (Org.). **Max Weber: Ensaios de Sociologia**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1982.

WEBER, Max. Os três tipos puros de dominação legítima. In: COHN, Gabriel (Org.). **Max Weber: sociologia**. 3. ed. São Paulo: Ática, 1986.

WEINTRAUB. Arthur Bragança de Vasconcellos. Direito à saúde intrínseco ao campo da seguridade social. **Revista de Direito Sanitário**, n 6, p. 62-72, jul., 2005.

WERNECK VIANNA, Maria Lucia Teixeira. A Americanização (perversa) da Seguridade Social no Brasil. Rio de Janeiro, Revan, 1998.

WHO. *World Health Statistics* 2015. Genebra, 2015. Disponível em: <www.ocde.org/els/health-systems/heal th-data.htm.>. Acesso em> 15. set. 2017.

WORLD BANK. Brazil. *Adult health in Brazil: adjusting to new challanges* Washington, D.C., 1989.

ANEXO 1 – HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS/IFES E A DATA DE CONTRATAÇÃO COM EBSERH (DADOS DO FINAL DO ANO DE 2017)

	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FEDERAL(HUF)	INTITUIÇÃO FEDERAL DE ENSINO SUPERIOR (IFES)	DATA DO CONTRATO
	REGIÃO CENTRO-OESTE		
1	Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)	18/12/2013
2	Hospital Universitário Júlio Müller	Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)	12/11/2013
3	Hospital Universitário de Brasília	Universidade de Brasília (UnB)	17/01/2013
4	Hospital Universitário	Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD)	26/09/2013
5	Hospital das Clínicas	Universidade Federal de Goiás (UFG)	29/12/2014
	REGIÃO NORDESTE		
6	Hospital Universitário	Universidade Federal do Piauí (UFPI)	08/04/2013
7	Hospital Universitário Professor Alberto Antunes	Universidade Federal de Alagoas (UFAL)	14/01/2014
8	Hospital Universitário Professor Edgard Santos	Universidade Federal da Bahia (UFBA)	02/12/2013
9	Maternidade Climério de Oliveira	Universidade Federal da Bahia (UFBA)	02/12/2013
10	Hospital Universitário Walter Cantídio	Universidade Federal do Ceará (UFC)	26/11/2013
11	Maternidade Escola Assis Chateaubriand	Universidade Federal do Ceará (UFC)	26/11/2013

12	Hospital Universitário	Universidade Federal do Maranhão (UFMA)	17/01/2013
13	Hospital Universitário Lauro Wanderley	Universidade Federal da Paraíba (UFPB)	17/12/2013
14	Hospital Universitário	Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)	11/12/2013
15	Hospital de Ensino Washington Antônio de Barros	Universidade Federal do Vale do São Francisco (UFVSF)	07/01/2014
16	Hospital Universitário Ana Bezerra	Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)	29/08/2013
17	Hospital Universitário Onofre Lopes	Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)	29/08/2013
18	Hospital de Pediatria Professor Heriberto Ferreira Bezerra	Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)	29/08/2013
19	Maternidade Escola Januário Cicco	Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)	29/08/2013
20	Hospital Universitário	Universidade Federal de Sergipe (UFSE)	17/11/2013
21	Hospital Universitário de Lagarto	Universidade Federal de Sergipe (UFSE)	16/12/2015
22	Hospital Universitário Alcides Carneiro	Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)	09/12/2015
23	Hospital Universitário Júlio Maria Bandeira de Mello	Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)	09/12/2015
	REGIÃO NORTE		
23	Hospital Universitário Getúlio Vargas	Universidade Federal do Amazonas (UFAM)	06/11/2013
24	Hospital de Doenças Tropicais	Universidade Federal do Tocantins (UFT)	25/02/2015

25	Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza	Universidade Federal do Pará (UFPA)	13/10/2015
26	Hospital Universitário João de Barros Barreto	Universidade Federal do Pará (UFPA)	13/10/2015
	REGIÃO SUDESTE		
27	Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes	Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)	15/04/2013
28	Hospital de Clínicas	Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)	12/12/2013
29	Hospital de Clínicas	Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)	17/01/2013
30	Hospital Universitário	Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)	14/10/2014
31	Hospital Universitário	Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)	19/11/2014
32	Hospital Universitário Gaffrée e Guinle	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)	não contratou
33	Hospital Universitário Antonio Pedro	Universidade Federal Fluminense (UFF)	não contratou
34	Hospital de Clínicas	Universidade Federal de Uberlândia (UFU)	não contratou
35	Hospital Universitário Clementino Fraga Filho	Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)	não contratou
36	Instituto de Doenças do Tórax	Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)	não contratou
37	Instituto de Neurologia Deolindo Couto	Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)	não contratou
38	Hospital Escola São Francisco de Assis	Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)	não contratou

39	Instituto de Ginecologia	Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)	não contratou
40	Instituto de Psiquiatria	Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)	não contratou
41	Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira	Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)	não contratou
42	Maternidade Escola	UFRJ	não contratou
43	Hospital São Paulo	Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)	não contratou
	REGIÃO SUL		
44	Hospital de Clínicas de Porto Alegre	Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)	empresa pública
45	Hospital Universitário	Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)	17/12/2013
46	Hospital Universitário Doutor Miguel Riet Corrêa Júnior	Universidade Federal do Rio Grande (FURG)	23/07/2015
47	Hospital Universitário	Universidade Federal de Pelotas (UFPel)	30/10/2014
48	Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago	Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)	16/03/2016
49	Hospital de Clínicas	Universidade Federal do Paraná (UFPR)	30/10/2014
50	Maternidade Vitor Ferreira do Amaral	Universidade Federal do Paraná (UFPR)	30/10/2014

Fonte: Site EBSERH.