



**MESTRADO EM DIREITO, GOVERNANÇA E POLÍTICAS PÚBLICAS**

**JEAN ROUBERT FÉLIX NETTO**

**MODELO DE GESTÃO SUS ATRAVÉS DA PARCERIA PÚBLICO PRIVADA:  
PROPOSTA PARA A BOA PRÁTICA DE GOVERNANÇA NO HOSPITAL NAIR  
ALVES DE SOUZA, EM PAULO AFONSO – BAHIA**

Salvador  
2023

**JEAN ROUBERT FÉLIX NETTO**

**MODELO DE GESTÃO SUS ATRAVÉS DA PARCERIA PÚBLICO PRIVADA:  
PROPOSTA PARA A BOA PRÁTICA DE GOVERNANÇA NO HOSPITAL NAIR  
ALVES DE SOUZA, EM PAULO AFONSO – BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação (Mestrado) em Direito, Governança e Políticas Públicas da Universidade Salvador – UNIFACS – como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. José de Souza Gileá.

Salvador  
2023

Ficha Catalográfica elaborada pelo Sistema de Bibliotecas da  
Universidade Salvador UNIFACS

Félix Netto, Jean Roubert

Modelo de gestão SUS através da parceria público privada: proposta para a boa prática de governança no Hospital Nair Alves de Souza, em Paulo Afonso – Bahia. / Jean Rubert Félix Netto - Salvador, 2023.

102 f.: il.

Dissertação apresentada ao Mestrado em Direito, Governança e Políticas Públicas da UNIFACS Universidade Salvador, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. José de Souza Gileá.

1. Direito. 2. Políticas públicas. 3. Governança. 4. Parcerias Público Privadas. I. Gileá, José de Souza, orient. II. Título

CDD: 340

JEAN ROUBERT FÉLIX NETTO

MODELO DE GESTÃO SUS ATRAVÉS DA PARCERIA PÚBLICO PRIVADA:  
PROPOSTA PARA A BOA PRÁTICA DE GOVERNANÇA NO HOSPITAL NAIR  
ALVES DE SOUZA, EM PAULO AFONSO – BAHIA

Dissertação apresentada no Programa de Pós-graduação em Direito, Governança e Políticas Públicas, Universidade Salvador – UNIFACS como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre Direito, Governança e Políticas Públicas, e aprovada pela seguinte banca examinadora:

Prof. Dr. José de Souza Gileá – Orientador \_\_\_\_\_  
Doutor em Desenvolvimento Regional e Urbano pela Universidade Salvador-  
UNIFACS  
Universidade Salvador – UNIFACS

Prof. Dr. Vaner José do Prado \_\_\_\_\_  
Doutor em Desenvolvimento Regional e Urbano pela Universidade Salvador-  
UNIFACS  
Universidade Salvador – UNIFACS

Prof. Dr. Jacques Fernandes Santos \_\_\_\_\_  
Doutor em Educação pela Universidade Tiradentes – UNIT  
Instituto Federal de Alagoas – IFAL

Salvador, 20 de março de 2023.

Dedico este trabalho a todas e todos da população brasileira que necessitam das Políticas Públicas em Saúde, e que lutam para “fazer valer” seu direito constitucional!

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pelo Dom da Vida. Até aqui o Senhor tem me sustentado, Ebenézer!

Aos meus pais, sustentáculo ético e moral dos princípios que me balizam de forma integral.

Às minhas avós, Nerita Netto e Eliene de Souza, força ancestral de sabedoria, luz e vida.

À minha amada esposa, Ivana Mercês, amiga, companheira e cooperadora em todas as lutas e desafios, que com seu ânimo altruísta e resiliência tem contribuído para que possamos alcançar voos mais altos.

Ao meu filho, Saulo Roubert, força de inspiração e motivação a buscar novos patamares.

Aos meus irmãos, Fabricio Netto, Jeanne Netto e Fabianne Netto, companheiros e apoiadores de primeira hora nas batalhas da vida.

Ao Prof. Dr. José de Souza Gileá, pelo apoio incondicional enquanto orientador, e por todos os conselhos apresentados ao longo da construção desta pesquisa. Ao Prof. Dr. Vaner Prado, pela cooperação e sugestões em minha trajetória acadêmica. Ao Prof. Dr. Jacques Fernandes, amigo e conselheiro da Academia de Letras, sempre pronto a compartilhar a boa semente da educação.

A todos os Docentes do programa de Mestrado em Direito, Gestão e Políticas Públicas da Universidade Salvador – UNIFACS, que contribuíram significativamente para a consolidação do conhecimento científico, crítico e capaz de propor a soluções em tempos modernos.

A todas e todos que, de forma direta e indireta, contribuíram e serviram de instrumento para realização de um sonho, materializado na conclusão deste estudo.

Por fim, sou grato eternamente a DEUS, em seu incomparável amor, bondade e misericórdia, que nos permitem galgar novos degraus na escada da vida.

“É por certo a saúde coisa mui preciosa, a única merecedora de todas as nossas atenções e cuidados, e de que, a ela, não se sacrifiquem somente todos os bens, mas a própria vida.” (MONTAIGNE, 1592, p. 33).

## RESUMO

Esta dissertação trata do desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil, com ênfase para o surgimento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e dos modelos de parcerias público privada (PPPs) que se transformaram no principal meio administrativo de gestão das unidades hospitalares, com um olhar dedicado a contextualizar estes movimentos diante da história de existência do Hospital Nair Alves de Souza (HNAS), localizado na cidade de Paulo Afonso, região norte da Bahia. O objetivo proposto foi analisar o modelo brasileiro de gestão das políticas públicas de saúde utilizado em parcerias institucionais com organizações sociais, visando apresentar um modelo adequado para o HNAS, tendo como referência os modelos já existentes no Sistema Único de Saúde (SUS). A pesquisa realizada foi de caráter descritivo, o método, que forneceu as bases lógicas, foi o método da pesquisa-ação. A coleta de dados e informações foi realizada por meio de pesquisas bibliográficas, documentais e observação sistemática, além de visitas *in loco* nas unidades de saúde analisadas. Conclui-se que o modelo de parceria público privada administrativa tripartite apresenta-se enquanto um caminho adequado e viável para a solução dos problemas de gestão que envolvem o HNAS, hoje, gerido pelo município de Paulo Afonso-BA.

**Palavras-chave:** SUS; governança; CHESF; parcerias público privadas.



## ABSTRACT

This dissertation deals with the development of public health policies in Brazil, with emphasis on the emergence and consolidation of the Unified Health System (SUS) and the models of public-private partnerships (PPPs) that have become the main administrative means of managing hospital units, with a focus on contextualizing these movements in light of the history of the existence of Hospital Nair Alves de Souza (HNAS), located in the city of Paulo Afonso, in the north of Bahia. The proposed objective was to analyze the Brazilian model of management of public health policies used in institutional partnerships with social organizations, aiming to present an adequate model for the HNAS, having as reference the existing models in the Unified Health System (SUS). The research carried out was of a descriptive nature, the method, which provided the logical bases, was the action-research method. The collection of data and information was carried out through bibliographic and documentary research and systematic observation, as well as on-site visits to the analyzed health units. It is concluded that the tripartite administrative public-private partnership model presents itself as an adequate and viable way to solve the management problems that involve the HNAS, currently managed by the municipality of Paulo Afonso-BA.

**Keywords:** SUS; governance; CHESF; public private partnerships.

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 - Entrevista com o Secretário Municipal de Saúde.....	77
Figura 2 - Visita técnica - ações implantadas pela OSID no HMPA em 2022 .....	80
Figura 3 - Visita técnica presencial sobre ações da OSID no HMPA .....	81

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>2 CONSTRUÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DA DEMOCRACIA ATRAVÉS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL</b> .....	<b>19</b>
2.1 UM PERCURSO METODOLÓGICO PARA ESTA ETAPA DA PESQUISA (SEÇÕES 2 E 3).....	19
2.2 ADVENTOS POLÍTICOS: A DEMOCRACIA EM CONSTRUÇÃO .....	20
2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL.....	23
<b>3 A PARCERIA PÚBLICO PRIVADA (PPP) E A GESTÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL: MODELOS E DESENHOS DE UM PAÍS QUE BUSCA ATENDER “A TODOS”</b> .....	<b>33</b>
3.1 A COMPREENSÃO DE UM PRELÚDIO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) .....	33
3.2 CAMINHOS DA CONSOLIDAÇÃO DO SUS: MODELOS E PRÁTICAS NO SURGIMENTO DO TERCEIRO SETOR QUE ANUNCIAM AS PARCERIAS PÚBLICO PRIVADAS .....	37
3.3 A CONSOLIDAÇÃO DAS PARCERIAS PÚBLICO PRIVADAS NO BRASIL, E NO SUS.....	48
3.4 AS NORMAS E PROCEDIMENTOS DE GESTÃO ATRAVÉS DE PPP: OS MODELOS DE PARCERIA PÚBLICO PRIVADA NO BRASIL.....	53
<b>4 O HOSPITAL NAIR ALVES DE SOUZA: HISTÓRIA, CRIAÇÃO E DESAFIOS NO SERTÃO DO NORDESTE PELO “HOSPITAL DA CHESF”</b> .....	<b>60</b>
4.1 UM PERCURSO METODOLÓGICO PARA ESTA FASE DA PESQUISA .....	60
4.2 A COMPANHIA HIDROELÉTRICA DO SÃO FRANCISCO: CAMINHOS ATÉ A PRIVATIZAÇÃO .....	61
4.3 A CIDADE DE PAULO AFONSO, A CHESF E O HNAS: FIM DE UMA ERA E DIFICULDADES NA TRANSIÇÃO DE GESTÃO DA UNIDADE .....	67
4.4 A CONSTRUÇÃO DE UM MODELO DE PPP PARA A GESTÃO DO HNAS: O FUTURO DA POPULAÇÃO NAS MÃOS DE UM PROCESSO DE BOA GOVERNANÇA.....	74

<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>86</b>
5.1 LIMITAÇÕES DA PESQUISA .....	90
5.2 ESTUDOS FUTUROS.....	90
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>92</b>
<b>ANEXO A - OFÍCIO Nº 10/SMS/GAB – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PAULO AFONSO .....</b>	<b>100</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o cenário global da pandemia de Covid-19 trouxe para o centro das discussões e debates a política pública de saúde no planeta. Na primeira instância, se evidenciaram discussões em torno dos países que não disponibilizam nenhum sistema público de atendimento e garantia à saúde, devido as amplas dificuldades encontradas pelos cidadãos, sobretudo os mais pobres, em obterem suporte profissional para o enfrentamento da crise sanitária.

Em outro plano, sobressaíram aos olhos da opinião popular as nações detentoras de sistemas pujantes de garantia à saúde, a exemplo do *National Health Service* (NHS) no Reino Unido e o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, que mesmo em realidades opostas, protagonizaram o maior fluxo de atendimentos e procedimentos médicos complexos simultâneos do planeta segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2020)entre durante a pandemia.

A importância destes dois sistemas ficou evidente mesmo para aqueles que são contrários ao seu modelo de funcionamento e financiamento, sobretudo diante de uma situação de emergência de saúde pública internacional, não apenas para o atendimento e suporte, mas principalmente para a aquisição, distribuição e aplicação de vacinas em tempo recorde. Antes das vacinas, foram estes dois sistemas públicos de saúde os responsáveis pela redução em perdas de vidas para a Covid-19, estimando-se que, sem estas estruturas, pelo menos 2 milhões de cidadãos britânicos, e cerca de mais de 10 milhões de brasileiros, poderiam ter vindo a óbito, vítimas da pandemia (OMS, 2020).

A retomada deste debate em um momento de arrefecimento da crise é fundamental, sobretudo no cerne jurídico, uma vez que acompanhou-se desde 2010 o avanço político-institucional dos movimentos conservadores e neoliberais de direita (e extrema direita) que negam as estruturas públicas de serviços fundamentais, sob alegação de que este serviço é o “problema” do endividamento da “máquina” pública, diante de questões que devem ser resolvidas sob o olhar do setor privado.

Neste movimento, amplas foram as frentes em países como o Estados Unidos e Canadá de defensores do estado mínimo, e de novas vertentes para investimentos empresariais em setores fundamentais, como segurança pública, educação, emprego, moradia e saúde.

Em tese, pesquisadores como Madrigal (2017) acreditam que os modelos globais de sistemas universais e públicos de saúde demonstraram a sua capacidade enquanto gestores do acompanhamento, evolução, agravamento e possibilidades de tratamento em uma situação de pandemia, que devido ao seu caráter público e aberto, proporcionou o surgimento de bancos de experimentações, com o devido acompanhamento médico, sobre alternativas testadas em tempo real, e suas impressões e validações já publicadas em meios científicos legítimos, o que seria impossível dentro de um espectro privado do setor de saúde, diante da detenção de marcas e patentes. Em resumo, a pandemia mobilizou a opinião pública internacional sobre o financiamento público da saúde, sendo este um grande passo para os cenários vindouros.

Por outro lado, o cenário, negativo, da má gestão pública, foi responsável por “relembrar” aos brasileiros as falhas existentes na governança do ambiente político, no trato da “coisa pública”, e as dúvidas que ainda existem sobre as parcerias público-privadas através de organizações não governamentais (ONG's), e organizações sociais de interesse público (OSCIPs), que apesar de consolidados e normatizados, carecem de transparência em seu trato.

Diante do exposto, e tendo enquanto plano de fundo o panorama apresentado, desenhou-se enquanto **objeto** deste estudo a análise da construção das políticas de saúde pública no Brasil, tendo como recorte a gestão e consolidação do Hospital Público Nair Alves de Souza (HNAS), na cidade de Paulo Afonso, fazendo um paralelo entre o cenário nacional com as construções e desenhos locais, e suas intercalações. Assim, espera-se enquanto um produto tangível desta dissertação a elaboração de uma proposta de gestão público-privada para esta unidade hospitalar, baseada nas melhores práticas e experiências em saúde pública tidas no país, e apresentadas e comentadas neste estudo.

A **motivação** para este trabalho surge do imbricamento do pesquisador com o objeto, uma vez que o mesmo é natural de Paulo Afonso, cidade localizada na região norte da Bahia, onde atua enquanto parlamentar (vereador), com mandato a oito anos consecutivos, tendo como pautas fundamentais de seu pleito a transparência com a utilização dos recursos públicos através da boa gestão, e a saúde, escolhida pelo mesmo enquanto ponto fundamental de seu mandato, empenhando esforços para boas práticas, inovações e garantias da observância e prestação do bom serviço público de saúde a todos os cidadãos, como preconiza a constituição, sobretudo

àqueles que mais precisam. Assim, em diversos momentos deste estudo, a voz do pesquisador/autor dialoga com o parlamentar, cidadão e político, em suas interlocuções com o cenário explorado.

Neste horizonte, vários pesquisadores como Mendes e Paiva (2017) e Sodré, Bussinguer e Bahia (2018), têm dedicado a analisar, estudar e vislumbrar um conjunto de soluções para os desafios e dificuldades encontradas no cenário das políticas públicas de saúde, e sua associação com a governança destes sistemas, em todos os aspectos: recursos, estruturas, meios, procedimentos e pessoas.

Desta forma, se apresenta enquanto **problema de pesquisa** a seguinte questão: Como foram desenvolvidos os modelos de gestão das políticas públicas de saúde no Brasil a partir da consolidação do SUS, e como as parcerias público privadas (PPP's) podem colaborar com este processo no HNAS?

Este estudo delimitou um grupo de pesquisadores que trazem um olhar social e jurídico para este campo, a exemplo de Sodré, Bussinguer e Bahia (2018) que na obra *Organizações sociais, agenda política e os custos para o setor público da saúde* trazem olhares bem distintos: o primeiro sobre as organizações sociais e a gestão no campo da Saúde Pública enquanto um campo técnico e profissional sobre a capilaridade e autorresponsabilidade de gestão, que as maiores empresas deste segmento denotam e apresentam como soluções viáveis, e no segundo olhar descrevem cenários e consequências sobre as organizações sociais e a acumulação do capital no setor de saúde, com um contexto em que ressalta pontos positivos e negativos destas parcerias.

Para uma melhor compreensão dos cenários que os autores selecionados desenham, foi necessário aprofundar-se na visão de constituição do modelo brasileiro das políticas públicas de saúde, sobretudo na compreensão dos caminhos e trechos percorridos para a consolidação do SUS. Neste âmbito, este trabalho se apoia em estudos que também foram tomados enquanto base para a construção das políticas, a exemplo de Busato e Cubas (2020) que de forma didática narram, comentam e desenham estes trajetos com olhar imparcial, que detém nas informações a única fonte no desenho de uma perspectiva histórico-científica.

Diante dos olhares sociais e técnicos, durante a construção deste estudo se tornou fundamental a necessidade de um repertório teórico/jurídico para os processos que envolvem a gestão das políticas públicas de saúde. Em primeiro plano pela necessidade do ordenamento jurídico diante de sua associação direta com os

objetivos da gestão pública, e em segundo pela capacidade de análise dos modelos e perspectivas, aqui elencados.

Para este fim, contempla-se enquanto referências autores como Mendes e Paiva (2017), sobretudo os expressos na coletânea *Políticas Públicas no Brasil: uma abordagem institucional*, onde presenteiam a sociedade com um apanhado de artigos de cunho jurídico, inclusive, utilizadas em linguagens de jurisprudência, com um olhar institucional para experiências e acordos finais utilizados por advogados de importante projeção no cenário internacional, como: André Cesar Medici, Antônio Augusto Junho Anastasia, Carlos Eduardo Frazão, Jackson de Toni, Renata Vilhena, entre outros.

Assim, diante dos olhares e caminhos aqui elencados, o **objetivo geral** deste estudo se constitui em “Estudar o modelo brasileiro de desenvolvimento e gestão das políticas públicas de saúde através da PPP administrativa tripartite, em parceria com organizações sociais, verificando se este é adequado ao Hospital Nair Alves de Souza, na cidade de Paulo Afonso-BA, tendo como referência o modelo já aplicado ao Hospital Municipal de Paulo Afonso (HMPA) - SUS”. Para cumprir com este fim, a pesquisa se desdobrou em outros três **objetivos específicos**:

a) Investigar o desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil até o estabelecimento do SUS, verificando os principais modelos e desafios de gestão implantados neste setor; b) Estudar o contexto da implantação da CHESF e do Hospital Nair Alves de Souza, em Paulo Afonso, identificando o papel desta unidade no desenvolvimento das políticas públicas locais de saúde; c) analisar a viabilidade do uso do modelo de PPP administrativa tripartite para a governança e funcionamento das atividades do Hospital Nair Alves de Souza, em Paulo Afonso.

Esta pesquisa se **justifica** pelo atual cenário vivido no município de Paulo Afonso, localizado na região nordeste da Bahia, onde desde janeiro de 2021, o poder público municipal foi, por força de lei, levado a assumir a gestão total do Hospital Nair Alves de Souza, mantido a 50 anos pela Companhia Hidroelétrica do São Francisco (CHESF) enquanto contrapartida social para aquela comunidade, pela exploração dos recursos naturais para geração de energia elétrica, a mais de 60 anos. A gestão anual da unidade representa um investimento do orçamento público anual superior a 40 milhões de reais, conforme dados da Secretaria Municipal de Saúde de Paulo Afonso (2023).

Com esta transferência, a prefeitura passa a contar com um custeio extra, não previsto em seu plano orçamentário, que impactou negativamente na gestão da



própria unidade hospitalar, bem como em diversos outros setores do serviço público. Com uma arrecadação limitada, e diante da necessidade de grandes investimentos para modernização e continuidade das atividades do HNAS, a Prefeitura busca, desde o início da gestão da unidade, outros parceiros que possam manter o serviço público de saúde na mais antiga unidade especializada de média e alta complexidade para a 10ª região administrativa da Bahia.

Para alcançar os horizontes propostos neste estudo, além dos autores e referências já elencadas, foi delineado um **processo metodológico** em três etapas, aportado no método descritivo. Na primeira, foram empreendidas análises de ordem bibliográfica, a artigos, teses e dissertações disponíveis no repositório CAPES sobre o tema “Políticas Públicas de Saúde no Brasil e organizações sociais” para realizar um compêndio dos estudos já consolidados nesta área, servindo de escopo para leituras e fichamentos. Na segunda etapa, procedeu-se com a pesquisa documental, diante do acervo disponibilizado pela CHESF através do seu Centro de Documentação (CEDOC), para retratar os caminhos do HNAS desde sua concepção até a transferência para o poder público municipal. Na terceira etapa, utilizou-se da ferramenta “voz do autor” e de visitas técnicas em campo para analisar, a partir dos objetos investigados nas fases 1 e 2, uma proposta ideal de modelo de gestão pública compartilhada baseada em boa governança para o HNAS.

Ainda na estratégia metodológica, outros procedimentos investigativos foram adotados na medida em que o estudo avançou, suscitando de novas informações, como a necessidade da aplicação de observações sistemáticas *in loco* para verificação de procedimentos adotados pela Secretaria Municipal de Saúde de Paulo Afonso (SMS) e pelo Hospital Municipal de Paulo Afonso (HMPA). Em cada etapa, os procedimentos aplicados são descritos e comentados na abertura das seções.

A operacionalização ocorreu durante o ano de 2022, entre os meses de maio a dezembro, e durante o mês de janeiro de 2023. Entre os meses de maio a agosto de 2022, o pesquisador realizou o levantamento geral bibliográfico, verificando os principais teóricos sobre os temas em questão, e analisando estudos recentes produzidos neste campo. Após o compêndio bibliográfico, expresso e organizado na forma de texto, pontuando os principais acontecimentos e fatos elencados sobre o desenvolvimento das políticas públicas de saúde e dos modelos de parcerias público privadas, o pesquisador voltou seu olhar para o estudo *in loco* a ser produzido sobre o HNAS, em Paulo Afonso, focalizando no objeto e produto desta pesquisa. Assim,

entre os meses de setembro e dezembro de 2022, o pesquisador executou as pesquisas de ordem documental, presencialmente, nos acervos do CEDOC da CHESF localizado na cidade de Paulo Afonso, e da Câmara Municipal de Paulo Afonso (CMPA) onde foram verificadas as leis e iniciativas locais no intento da gestão ao HNAS. Neste mesmo ciclo, à medida que se explorava novos fatos e horizontes da consolidação e dos problemas vividos pelo HNAS, produzia-se o texto da dissertação.

Por fim, em dezembro de 2022 e janeiro de 2023, foram necessárias visitas *in loco* a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Paulo Afonso e ao Hospital Municipal de Paulo Afonso (HMPA) para a ideal verificação dos pressupostos apontados nos documentos consultados sobre a adoção de uma PPP para a gestão daquela unidade hospitalar. Foram realizadas três visitas técnicas, a primeira em dezembro de 2022 ao Secretário Municipal, onde foram analisadas as mais recentes decisões do governo relativas ao HMPA e HNAS, e verificados os documentos da lei municipal de parceria público privada. As outras duas visitas foram realizadas no HMPA para a verificação das práticas aplicadas pelas Obras Sociais Irmã Dulce (OSID) junto a unidade hospitalar, bem como, dialogar com a equipe gestora sobre o desenvolvimento das ações de atendimento público.

O trabalho está organizado em cinco sessões. Na primeira (da Introdução) são retratados os horizontes da pesquisa como objetivos, caminhos, justificativa e trajetos percorridos, com a finalidade de situar o leitor diante de tudo que encontrará neste estudo, de maneira integral. A segunda seção traz uma análise do desenvolvimento da democracia e políticas públicas no Brasil, com seus desdobramentos para as políticas públicas de saúde. A terceira seção apresenta um estudo sobre modelos de sucesso das parcerias público privadas (PPP's) no Brasil, seu processo de gestão pública compartilhada no setor de saúde a partir de modelos conveniados com organizações sociais, na busca de referências e caminhos para o desenho de uma proposta que atenda às necessidades locais do município de Paulo Afonso. Assim, as seções 2 e 3 buscam cumprir com o arcabouço teórico-conceitual, alcançando o debate necessário para o cumprimento dos objetivos.

A quarta seção traz a análise do contexto da CHESF com a cidade de Paulo Afonso e o Hospital Nair Alves de Souza, apresentando por fim um modelo comparativo de PPP, para uma gestão social compartilhada com o poder público para o HNAS, aplicada já em outras unidades hospitalares, nos princípios da boa

governança. Na quinta e última seção são apresentadas as considerações finais por hora, diante dos aspectos que foram pesquisados e desenvolvidos no referido estudo.

## **2 CONSTRUÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DA DEMOCRACIA ATRAVÉS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL**

Compreender o ordenamento jurídico da política, no Brasil, em seus aspectos mais detalhados, é uma ação que colabora para o desenvolvimento do país e fortalecimento da democracia. Embebidos de uma ampla propagação e adaptação do seu conceito e evolução ao longo do tempo, foi-se gerado um espaço fértil para a construção de modelos, ideias, programas e leis que atendessem às necessidades da jovem sociedade brasileira. É neste aspecto que esta pesquisa encontra seu aporte.

No cenário das políticas públicas, está em questão o entendimento do que é esperado entre a relação dos governantes com o povo: a redução das desigualdades sociais! Devem ser estas indicadoras de caminhos eficazes para produzir escuta ativa e observação sistemática das demandas populares. Atreladas a um conjunto de fatores como renda, educação, economia e sustentabilidade, determinam a médio e longo prazo para onde caminhará o desenvolvimento do tecido social.

Antes de apresentar ao leitor o roteiro que será trilhado neste capítulo, é necessário delimitar os horizontes aqui propostos. O objetivo central desta seção é analisar a construção de um estado democrático de direito no Brasil, a partir de sua evolução política, para assim, alcançar o desenvolvimento das políticas públicas nacionais, que para Mendes e Paiva (2017) “é o conjunto social e jurídico de formulação das orientações e objetivos de um governo ou comunidade referente a um assunto de interesse público.”

### **2.1 UM PERCURSO METODOLÓGICO PARA ESTA ETAPA DA PESQUISA (SEÇÕES 2 E 3)**

As seções 2 e 3 deste estudo, retratam uma ampla pesquisa de base teórica que norteia a justifica o viés conceitual do universo de pesquisa: as políticas públicas em construção no Brasil, com foco para as políticas de saúde enquanto um direito de todos os cidadãos.

Para a realização destas, foi necessário estabelecer uma trilha metodológica que permitisse ao pesquisador um estudo direto, porém aprofundado, sobre as principais produções científicas já executadas dentro do tema proposto, verificando o universo já consolidado sobre o desenvolvimento de políticas públicas de saúde no Brasil, e seus desdobramentos diante da evolução do Estado Democrático, visando

selecionar apenas aqueles que possuem contribuição/colaboração satisfatória para o arcabouço teórico desta pesquisa.

Foram encontrados na plataforma do repositório CAPES 128 resultados para a pesquisa da expressão “Políticas Públicas de Saúde no Brasil.” Destes, 43 abordavam critérios histórico/formativos, e 33 faziam algum tipo de associação com o desenvolvimento de políticas públicas no campo do Direito, no Brasil. Dentre estes, foram escolhidos 12 documentos (8 teses e 4 dissertações) que apontavam caminhos consolidados sobre a construção da política pública de saúde no Brasil, onde 6 documentos, escolhidos para o escopo desta dissertação, foram desdobrados em publicações (livros) dos autores Lins (2018) e Mendes e Paiva (2017).

Diante das leituras realizadas, e das investigações prévias, sobretudo do repositório da CAPES, este estudo trará como base, e principais autores, os conceitos desenvolvidos por Busato e Cubas (2020); Mendes e Paiva (2017); Motta, Mânica e Oliveira (2018); Lins (2018); Naves (2014); Pannunzio e Naves (2014); Sodré, Bussinguer e Bahia (2018). Trará como principais arcabouços os conceitos de Política Pública, Gestão Social e Parcerias Sociais.

Através da análise destes estudos, esta pesquisa oferece à sociedade um compêndio, no modelo de resumo, sobre modelos de sucesso no processo de gestão pública compartilhada no setor de saúde, e o advento das parcerias público-privadas no Brasil, a partir de modelos conveniados com organizações sociais, na busca de referências e caminhos para o desenho de uma proposta que atenda às necessidades locais do cenário no município de Paulo Afonso, na Bahia.

Os documentos foram, durante 5 meses, lidos, fichados e catalogados em temas de proposição, para a construção da seção de número 2 deste estudo, que buscou construir uma análise sucinta, porém profunda, do desenvolvimento de políticas públicas no Brasil, e seus desdobramentos diante da política pública de saúde.

## 2.2 ADVENTOS POLÍTICOS: A DEMOCRACIA EM CONSTRUÇÃO

Mas, é preciso encarar a consolidação das políticas públicas com um olhar mais amplo, e verificá-las como uma tomada de posição que pode ser implícita (compreendida em medidas e atividades) ou explícita (posta num documento); ou enquanto uma orientação influenciada por diversos fatores sociais (movimentos

sociais, tendências culturais, conjuntura socioeconômica, etc.) nos fará compreender esta enquanto um instrumento de Estado, que se distingue de uma lei ou de um programa público.

Para Mendes e Paiva (2017) de forma direta, enquanto a lei busca formular uma determinação adotada pelo poder legislativo (o Parlamento, Câmara, etc.) sobre um tema específico e de interesse público, a política pública indica a posição de um governo em um assunto de interesse público, e que, a partir de sua consolidação, torna-a um programa público, definindo as estratégias a serem adotadas por um governo a fim de implementar uma posição sobre um tema de interesse público.

Desde o século XX, existe um movimento internacional de estudiosos que se dedicaram em analisar, orientar e construir políticas públicas em seus vários cenários de atuação, colaborando para a consolidação deste campo de pesquisa. O modelo de gestão pública no Brasil, após a Proclamação da República em 1889 até 1934 era um sistema desconexo. Não havia nenhum conhecimento estrutural dos atores públicos em nosso país sobre contas e orçamento, o planejamento era feito com base em suposições e não em dados estatísticos ou estudos confiáveis, fato este que motivou à criação do IBGE em 1936. (IBGE, 2017)

Entre 1936 até o fim da ditadura militar, a inexistência de um sistema democrática desconfigura a definição de gestão pública, uma vez que para se configurar este papel, os teóricos defendem a existência de soberania da ordem nacional através da oitiva dos anseios do povo. Neste período, destaca-se uma gestão pujante, pautada em importantes investimentos e obras para o desenvolvimento nacional, a exemplo da expansão hidroelétrica e das estradas. A ditadura militar se aproxima mais para a repressão da ordem, que para a gestão pública.

Entre os anos 1945 a 1994 o Brasil vive as primeiras experiências da concepção dos projetos de Estado, aqueles que segundo a constituição de 1988 levariam a nação aos rumos do desenvolvimento e progresso, tendo em vista a densidade de terras e características naturais.

No entanto, estas experiências remontam, em outra configuração, os moldes oligárquicos de uma gestão pública do passado, revestida de modernidade, e escolhe no modelo republicano, presidencialista, atordoado de partidos políticos um caminho para consolidar as políticas de governo. Houve, entre o fim da ditadura e o governo de Dilma Rousseff, oportunidades em desenvolver uma gestão baseada em projetos de longo prazo, com investimentos nacionais e internacionais. (MADRIGAL, 2017).

Já no governo Fernando Henrique Cardoso (FHC) (1995-2003) contou-se com alguns dos institutos de pesquisa e dados econômicos de grande respaldo internacional, como IBGE, IPEA, DIEESE e com este assessoramento, eram bem nítidos no ano 2000 os horizontes que deveriam ser priorizados no país. Em seu governo, FHC obteve a possibilidade de direcionar o processo de gestão pública brasileiro para o caminho desenvolvimentista e progressista, livre de amarras do sistema de partidos, priorizando uma carteira de metas institucionais (governamentais) que seriam blindadas, e protegidas do lobby político. (FERRAZ; BERNARDES, 2018).

As pressões internacionais do Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional levaram o país a um trajeto diferente, elencando outras prioridades, elegendo compromissos os quais o Brasil estava inapto a assumir, promovendo um desvirtuamento da identidade da indústria nacional, diante dos anseios do capital estrangeiro.

Assim como na era Sarney (1985-1990), FHC no apagar das luzes de seu governo lança aquele que seria um dos mais promissores programas de inclusão do Brasil, a ser capitaneado pelo governo Lula, que assumiria em 2003. Todavia, os aspectos de disputas de poder, evocados neste estudo ainda no caput introdutório sobre as legitimações de Maquiavel em “O príncipe”, se sobrepõe à capacidade da construção da democracia, onde o desejo de estar e ocupar os espaços de poder é maior que a capacidade de alinhar a democracia às práticas globais de gestão. (MAQUIAVEL, 2010).

Neste aspecto, o fator determinante para a criação de um solo fértil a este tipo de condição é social, é a eterna e ainda presente falta de priorização e investimento eficaz na educação. E este fator se justifica, ao tempo em que os seres políticos, na sanha da disputa pelo poder, conhecem e reconhecem nesta tônica o caminho para desarme da população, afinal, não se pode estabelecer estruturas de poder para direcionamento de prioridades dentro de uma sociedade crítica e instruída.

Neste cenário, com a ascensão do governo do então eleito Presidente Luís Inácio Lula da Silva, o Brasil iniciou um novo ciclo da história democrática, que sobretudo, trouxe um novo panorama às políticas públicas, principalmente no campo da saúde, aportando grandes investimentos e trazendo de volta à tona a visibilidade para o SUS, que durante os governos do referido presidente, se consolidaria enquanto um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. A seguir, propõe-se analisar

uma perspectiva desta evolução ao longo do tempo, para no próximo capítulo, justificar o surgimento de um novo contexto para a política de saúde no Brasil.

### 2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

A saúde, conforme a Constituição Federal do Brasil (BRASIL, 1988) é considerada um bem público pertencente às políticas voltadas ao bem-estar da sociedade. Pelo fato desta estabelecer estratégias que promovam a saúde, e garantam a melhoria da qualidade de vida das populações, se torna um direito garantido pelo Estado. Em 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS) orienta que as condições de saúde fazem parte de uma celebração regimental mundial, onde um pacto foi estabelecido através de documento universal dos Direitos Humanos. (SOUSA; SOUSA, 2019)

A análise das políticas públicas de saúde pauta-se em uma perspectiva que considera a importância de compreender a concepção de saúde construída pela sociedade brasileira, historicamente marcada pelo modelo curativo, centrado na assistência médica e nas especialidades, tendo como referência o hospital público.

Os modelos de atenção e gestão à saúde representam a forma de organização do sistema de saúde e suas práticas em resposta às necessidades da população, sendo expressos em políticas, programas e serviços de saúde que estejam em harmonia com os princípios e diretrizes que estruturam o SUS.

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição de 1988, é um conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta ou indireta, que pode ser complementado pelos serviços de saúde ofertados pela iniciativa privada.

O SUS é um marco na história do Brasil, criado por meio da Lei 8.880, Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990a), servindo como referência mundial no que diz respeito à cobertura gratuita dos serviços de saúde. Pois, até a sua implementação, o sistema público oferecia assistência médica somente aos cidadãos que contribuíam para a Previdência. O SUS é estruturado entre os três entes federativos e presta atendimento gratuito em todo o território nacional, com serviços de baixa, média e alta complexidade, viabiliza o maior programa de vacinação e transplantes de órgão do mundo, além de atuar com a distribuição, gratuita, de diversos medicamentos e na prevenção de doenças, conferindo ao Brasil a posição de único país com mais de 200



milhões de habitantes a oferecer serviço de saúde gratuito a toda sua população. (POLÍTICAS..., 2021)

Ao se tratar de saúde, as relações humanas e ambiente é condicionante ou determinante para as condições de saúde da população. Neste contexto, influenciada pelo movimento de reforma sanitária, a saúde passa a ser direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

Objetivando a operacionalização do SUS de forma descentralizada foram editadas algumas Normas Operacionais Básicas (NOBs) as quais destaca-se a de 1991, 1993 e 1996, mais tarde editou-se a Norma de Assistência à Saúde de 2001 (NOAS/01). Além disso, visando garantir o acesso a assistência e à prevenção em todo o sistema de saúde, de forma a satisfazer as necessidades de todos os cidadãos, o governo brasileiro adotou o Programa da Saúde da Família (PSF), em 1994, que em 2006 passou a ser a Estratégia da Saúde da Família (ESF). (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2012).

Apesar dos avanços trazidos, a construção do SUS possui vários entraves dos quais os mais impactantes são o subfinanciamento, recursos destinados à operacionalização e ao financiamento do SUS, que ficam muito abaixo das necessidades e a insuficiência da gestão local do SUS. Com relação ao subfinanciamento, é mais visto principalmente quando há necessidade de se acessar outros níveis de maior complexidade do sistema onde a demanda é maior que a oferta, impedindo não somente a implementação progressiva/incremental do sistema, como e principalmente de avançar na reestruturação do modelo e procedimentos de gestão em função do cumprimento dos princípios Constitucionais. (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2012).

Quanto a insuficiência da gestão local do SUS, apesar de funcionar em parte, a gestão municipal foi idealizada pelo projeto da Reforma Sanitária Brasileira como mais eficaz por estar mais próxima aos cidadãos e mais sensível as necessidades de todos. A gestão local é o conjunto de atividades desenvolvidas pelos gestores municipais, visando à operacionalização, na prática e em seus contextos sociopolítico-institucionais singulares, das grandes diretrizes políticas do Sistema Único de Saúde.

Na prática dos serviços prestados, a baixa resolutividade da rede básica de serviços, resulta na dificuldade de criar vínculo e autonomia dos usuários com os

profissionais gerando encaminhamentos desnecessários e excessivos, aumentando as filas de espera em serviços de média e alta complexidade, fragmentação do cuidado prestado, repetição de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, e, principalmente, perda de motivação laboral por parte dos clínicos da rede básica; a dificuldade de acesso a serviço fazendo aumentar a demanda desordenada em serviços de urgência e emergência; deficiência na formação dos profissionais de saúde centrada em práticas curativas e hospitalares dificultando o desenvolvimento de práticas integrais e resolutivas de cuidado, dificuldade de trabalhar em equipe na implementação de atividade de promoção e prevenção, além de postura mais ética e cuidadora dos usuários. (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2012).

Diante de todos os impasses e necessidade de melhoramento na organização dos serviços prestados à população, evidenciados com a descentralização e municipalização das ações de saúde, ficou mais claro as diferenças regionais e tornou mais complexa a organização de uma rede de serviços que atendesse as diferentes necessidades da população.

Para atualizar e aprimorar os serviços prestados, foi instituído um conjunto de reformas nas relações institucionais e no fortalecimento da gestão do SUS entre os entes federados, o Pacto pela Saúde. Para a adesão ao pacto, os gestores assinaram um termo de compromisso entre os gestores nas dimensões: Pacto pela Vida, medidas que melhorem a situação de saúde da população a partir de prioridades e metas a serem alcançadas em todas as esferas de gestão tendo como prioridades: saúde do idoso, controle do câncer de colo do útero e da mama, redução da mortalidade infantil e materna, fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, promoção da saúde, fortalecimento da atenção básica; Pacto em Defesa do SUS, ações que contribuem para aproximar a população, seguindo as diretrizes: repolitização da saúde com discussões em torno dos desafios atuais do SUS, promoção da cidadania através da mobilização social com questões de saúde como direito, garantia de financiamento atendendo as necessidades do SUS; Pacto de Gestão, com abordagens voltadas para: regionalização, qualificação da descentralização e ações de planejamento e programação e mudanças no financiamento. (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2012).

Os gestores mediante assinatura do termo de compromisso com os eixos prioritários e metas a serem cumpridas anual ou bianualmente, firmam compromisso na melhoria do serviço ofertado a população.

A garantia do direito a saúde no Brasil foi concedida através da constituição que com base em seu artigo nº196 homologou o SUS. O sistema se articula com os poderes político-sociais, e busca pela defesa e garantia a saúde como direito garantido a todos os brasileiros através da execução de políticas de saúde que sejam efetivas na promoção, proteção e recuperação da saúde da população.

As Políticas Públicas são definidas como necessidades da população traduzidas ao poder público que através de normativas se tornam das ações dos governantes em busca de proporcionar melhorias das condições de saúde e mudanças no estilo de vida da população. As Políticas Públicas de Saúde efetivam-se como ações do Estado frente às demandas de saúde da população. (SANTOS, 2017).

No Brasil as Políticas de Saúde são garantidas pela constituição através do Sistema Único de Saúde (SUS) sendo este interligado ao poder político-social e a população na formulação, controle e avaliação através do controle social, defendendo a saúde como um direito garantido considerado patrimônio público e se organiza de forma que sejam executadas visando ampliar a promoção a proteção e a recuperação da saúde. (MADRIGAL, 2017).

Perante os fatos e fundamentação destes, surge um questionamento sobre a importância do SUS tendo em vista que este é a maior política pública em saúde do mundo regida e executada de forma gratuita no Brasil.

A 8ª Conferência Nacional da Saúde considerada um marco da história de saúde no Brasil, estabeleceu uma nova proposta de acesso a saúde para toda a população brasileira. A proposta da 8ª Conferência e viabilizou a organização do novo sistema em um processo organizativo onde a lei homologa o SUS, que foi regulamentado pela Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e Lei nº 8.142/90 somente quatro anos depois de sua proposta inicial. (SILVA; MOTTA, 2015)

O sistema nasce de forma universal, equânime e integral e possui princípios e diretrizes, com divisão de responsabilidades em todas as esferas de governo, sendo financiado pela União dividindo com Estados e Municípios, os recursos para a execução de assistência à saúde da população. (MACHADO *et al.*, 2014).

O SUS é um direito garantido por lei e uma resposta a luta da população, trabalhadores de saúde na busca por uma assistência mais digna e igualitária a todos. O sistema possui os princípios doutrinários sendo eles: a universalidade, a integralidade e a equidade; e tem como princípios estratégicos ou organizacionais: a

descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação social. Estes princípios devem ser garantidos mediante o acesso da população aos meios de assistência através dos serviços de saúde. (BAHIA; COSTA; STRALEN, 2007)

A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios devem caminhar na garantia da prestação da assistência à saúde à população complementada através de autorização ou credenciamento mediante necessidade dos órgãos do poder público, na execução de serviços complementares aos serviços do SUS para a garantia de um de seus princípios doutrinários. (SANTOS, 2017).

Os fatos apontam que os princípios doutrinários do SUS são a universalidade tendo a saúde como um direito fundamental a toda população brasileira, a integralidade como a garantia na totalidade dos cuidados sendo os usuários vistos e cuidados como um todo e não como uma parte doente com direito a ações e serviços do SUS mediante suas necessidades e a equidade como critério de justiça trazendo o conceito de igualdade no acesso para todos, porém tratando os diferentes de formas desiguais garantindo a assistência ao mais necessitado em virtude dos riscos, mas mantendo a assistência dos demais. (MENDES; PAIVA, 2017)

A Universalidade se torna palpável mediante a garantia de acesso de todos os brasileiros a toda e qualquer ação e serviço de saúde. Na garantia deste princípio e para que às ações e serviços de saúde sejam universais, integrais e igualitários, se faz necessário que o sistema promova a assistência de forma a atingir a toda a população brasileira. (AGENDA..., 2012).

O Princípio da Integralidade é a garantia da assistência individual e coletiva para todos os usuários do SUS. A integralidade refere-se à assistência na sua totalidade ressignificando o usuário do sistema de maneira a atendê-los como um todo e não como uma parte, mas também integral como uma organização dos serviços de saúde que envolve todas as formas de assistência buscando qualidade e garantindo a cidadania dos envolvidos no exercício do direito ao cuidado em saúde. (MATTA *et al.*, 2021).

No tangente ao princípio da equidade, entende-se como garantia de igual atenção e cuidado nas ações e serviços de saúde e acesso em todos os níveis de atenção e complexidade do sistema, levando em consideração que todos os usuários são iguais perante a lei, e que o cuidado e assistência dedicados a estes deve ser unilateral, mediante cada situação de saúde apresentada. Este princípio viabiliza

formulação de novas políticas públicas de saúde, na busca por pactuações de serviços e tentativa de garantir a integralidade da assistência. (SOUZA, 2022).

Os princípios organizacionais se referem a descentralização, regionalização, hierarquização e participação social, sendo reconhecidos enquanto estratégicos para as diretrizes táticas das políticas operacionais do SUS.

A legislação aponta o princípio da regionalização como uma resposta a sociedade de a necessidade de ampliar e preconizar por um modelo de saúde com maior assistência a nível local e a realização das ações e serviços conforme a realidade territorial. (SANTOS, 2018).

O princípio da hierarquização diz respeito à organização dos serviços mediante a complexidade destes, garantindo a integralidade da assistência. Este processo, também chamado de “Hierarquia SUS”, estabelece os três níveis de assistência: atenção primária, média complexidade (especialidades, cirurgias eletivas e emergências) e alta complexidade (síndromes, cirurgias reconstrutoras e serviços urgência). (SOUSA; SOUSA, 2019).

O último princípio organizativo é a Participação Social no SUS garantido pelas leis nº 8.080 (BRASIL, 1990a) e 8.142 (BRASIL, 1990b). Este garante o desenvolvimento de ações que incentivem a participação da população, do usuário e a comunidade no constante controle, avaliação e fiscalização dos serviços de saúde.

Anteriormente a criação do SUS apenas somente uma parcela mínima da população estava legitimada a utilizar o SUS a partir da legalidade de seu vínculo trabalhista e somente estes tinham direito aos serviços de saúde e o restante da população fica restrito a caridade de hospitais filantrópicos, porém, a partir de sua criação, o SUS iniciou uma nova forma de gestão em saúde que enfatizava a garantia de assistência à saúde a todos. (COHN, 2005).

Como um sistema altamente organizado o SUS divide sua gestão com gestores em todos os seus níveis de responsabilidades federativas de saúde e suas equipes devem implantar estratégias de cuidado e assistência junto ao desenvolvimento das ações e serviços de saúde e para tal gestores e equipe necessitam de conhecimento científico e técnico sobre gestão em saúde.

A Gestão em Saúde no SUS apresenta-se através de métodos e processos organizativos utilizados pelos gestores para gerir e operacionalizar as ações e serviços de saúde. São considerados gestores do SUS entes nomeados ou concursados que participam da administração direta e indireta do SUS. Estes gestores

são responsáveis pela organização, criação e controle de métodos que garantam eficiência e resolutividade dos serviços de saúde impulsionados pelas ações de planejamento em saúde sendo este processo de grande valia e importância para a qualidade das ações e serviços de saúde.

A gestão em saúde é organizada através de ações de planejamento com diretrizes estabelecidas pela esfera Federal devendo envolver as demais esferas de gestão na implantação, controle avaliação e execução dos serviços SUS. O gestor unido junto a sua equipe são considerados atores e executores, a responsabilidade de reconhecer as principais estratégias de planejamento e execução das ações em saúde.

Como forma de minimizar os impactos de adoecimento da população a gestão do SUS instituiu a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi criada a partir de 1994, é considerada um dispositivo de atenção em saúde, providas de equipes multiprofissionais, atuando em um território específico realizando ações de assistência junto às necessidades da população, promovendo o vínculo entre os profissionais e a comunidade e garantindo o acesso aos serviços de saúde. (SANTOS, 2018).

A gestão diretiva e única do SUS através da instituição de aperfeiçoamento da política pública de saúde expandiu nos últimos anos a ESF no território nacional pontuando ser esta a principal porta de entrada do sistema. A ESF possui uma equipe multiprofissional e estas atuam junto às famílias do território adstrito. (MATOS, 2020)

O referido programa que tem como equipe executora a Estratégia de Saúde da Família preconiza que os profissionais devem atuar na unidade de saúde (UBS) e em todo território adstrito da população de referência. Este território adstrito é determinado por alguns fatores (extensão geométrica, perfil demográfico, epidemiológico e aspectos político-socioculturais) sendo caracterizado como território em constante construção.

A estratégia tem como princípio a garantia da cobertura no atendimento da população em seu território de atuação e possui diretrizes que preconizam os princípios do SUS.

O Sistema é qualificado como a maior conquista da população brasileira e, apesar do sucateamento e da desvalorização por parte da população, apresentou grandes resultados em consequência da criação ESF, bem como ao desenrolar do quadro pandêmico atual, mas possui um ponto negativo claro ao longo de sua história,

dependência dos serviços de saúde complementar, ou seja, da iniciativa privada casos de média e alta complexidade.

Ao longo de sua trajetória enquanto política públicas demonstra um grande viés de emprego e desenvolvimento profissional crescimento na quantidade de contratações das mais diversas categorias na busca pela garantia da assistência a saúde de forma humana. Como sistema tem sua capacidade de assistir em torno de 80% da população sendo considerada a maior possibilidade de atuação para enfermeiros (52%), médicos (44%), dentistas (27%), farmacêuticos (11%) e psicólogos (10%). O SUS possibilitou resultados relevantes no cenário epidemiológico do país, dos quais destaca-se o enfrentamento do Covid-19 a redução da taxa de mortalidade materna e infantil e o controle de doenças infectocontagiosas, parasitárias e vetoriais. (CARVALHO *et al.*, 2018).

Outro ponto importante do sistema é evidenciar as ações de promoção e prevenção em saúde desenvolvidas desde a sua criação até a atualidade, que não atingem a sua totalidade e concretude não alterando o contexto do processo saúde – doença. (PAIM, 2015)

O Sistema apesar de precárias condições de execução e existência a ineficiência e ainda da ausência de compromisso dos gestores, segue um padrão curativista de funcionamento ordenando as ações conforme o modo de vida dos usuários cronificando a saúde por não realizar prevenção nem tão pouco a promoção da saúde, proporcionando sofrimento em seu contexto de descaso e sem resolutividade junto à população.

Contudo, todos os movimentos políticos e econômicos das últimas décadas foram contrários a estabilidade do sistema, os usuários têm uma visão fracionada do sistema, hora de algo que não funciona, e após a necessidade se aproximar deste usuário e o mesmo obter sua necessidade atendida muda de opinião sobre o SUS e mesmo assim e apesar das dificuldades existe um movimento de defesa do SUS movido pelos profissionais e frações da população que de fato sabem da importância de sua existência.

O Sistema Único de Saúde é o maior e mais complexo sistema de saúde pública do mundo, abrangendo desde um atendimento básico e simples, perfazendo o caminho da avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Básica, aprofundando sua assistência e chegando ao mais complexo transplante de órgão,

efetivando o acesso integral, equânime, universal e gratuito a todos os usuários do sistema de saúde do país.

Ressalta-se que o SUS é estabelecido por meio de princípios, está presente nas esferas de governo, sua principal fonte de recursos são as contribuições da população e o MS é o principal gestor sendo responsável pelas políticas públicas de saúde no Brasil.

O SUS é um sistema de saúde integrado, com um sistema único de informações, um plano nacional de saúde, além da integração de diversos serviços e ações de baixa, média e grande complexidade. Possui também ampla participação também da sociedade civil por meio dos conselhos de saúde, o que permite que as políticas elaboradas levem em consideração as demandas de diferentes segmentos sociais, desde profissionais de saúde até as populações atendidas.

Outro ponto relevante é o protagonismo que o sistema de saúde confere no tangente a prevenção de doenças. O SUS é projetado e operacionalizado permitindo o controle sanitário com intuito de antever e prevenir quadros epidêmicos, viabilizar diagnósticos antecipados, prever crises, promover campanhas de prevenção de doenças e agravos, além de viabilizar imunização e outras ações preventivas. Apresenta também a efetiva condição de monitoramento de doenças, agravos e óbitos assim como capacidade avaliativa e aperfeiçoamento de suas políticas públicas.

Enfatiza-se que gestores do sistema tem preconizado o planejamento das ações em saúde, mas nem sempre as ações planejadas seguem os indicadores de saúde que refletem a real necessidade da população e estes são os principais responsáveis pela criação de modelos de atenção em saúde.

Observa-se que o SUS é uma aquisição social, atende quase 80% da população, é o principal empregador de profissionais de saúde, teve um grande avanço com a concepção do programa de saúde da família, seus recursos financeiros são escassos para garantir os princípios doutrinários e finalísticos, possui vinculação dos serviços da iniciativa privada para os casos de média e alta complexidade.

Ressalta-se que, em meio à incerteza das ações e serviços de saúde do SUS no Brasil, em meio à crise sanitária da COVID-19 e do governo de Jair Bolsonaro, a sociedade de um modo geral ampara o SUS e tem uma visão prosaica sobre a sua importância para a saúde da população Brasileira.

Uma política pública de saúde robusta, e baseada em critérios seguros de governança, é crucial para garantir os Direitos Humanos no Brasil, pois saúde é um



direito fundamental para todos, assegurado pela Constituição. Sem saúde, as pessoas são impedidas de exercer outros direitos, como trabalho, educação e participação social. A política pública de saúde deve ser equitativa, universal e acessível, sem distinção de raça, gênero, classe social ou localização geográfica. Além disso, é fundamental para reduzir as desigualdades sociais e regionais no acesso aos serviços de saúde.

A política pública de saúde também deve investir na prevenção e promoção da saúde, além de oferecer tratamento adequado para doenças e condições crônicas. Para garantir a evolução da política, é necessário investimento em infraestrutura, tecnologia, profissionais capacitados e monitoramento constante. Neste aspecto, as parcerias público-privadas (PPP's) surgem como uma oportunidade de concretização deste ideal. Por este motivo, a próxima seção desta pesquisa se dedica a uma análise profunda da evolução das PPP's em consonância com a política pública de saúde, seus efeitos, e nos encaminha para a seção 4, onde é elaborada uma proposta de produto de pesquisa: um modelo contratual de PPP que aporte a governança do Hospital Nair Alves de Souza, em Paulo Afonso, no norte da Bahia.

### **3 A PARCERIA PÚBLICO PRIVADA (PPP) E A GESTÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL: MODELOS E DESENHOS DE UM PAÍS QUE BUSCA ATENDER “A TODOS”**

As políticas públicas de saúde são uma resposta social (ação ou omissão) de um aparelhamento, a exemplo do Estado, perante as condições de saúde tanto das pessoas quanto das populações e seus determinantes, bem como, no que se refere à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que comprometem a saúde do ser humano e o ambiente. A destarte, a Política de saúde envolve questões relacionadas ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde.

No campo das especialidades acadêmicas, a mesma está no estudo das relações de poder e na configuração da agenda social. Logo, a política de saúde estuda a relação que existe entre o Estado e a sociedade, suas reações às condições de saúde populacional e seus determinantes, através de propostas e prioridades para a ação pública, verificando sua relação com políticas sociais e econômicas. (FERRAZ; BERNARDES, 2018).

Diante do modelo de construção democrática no Brasil, onde o Estado confere às problemáticas populacionais uma menor ou maior importância, e a partir disto, define sua natureza (de saúde, social, entre outros), e para isso apresenta ferramentas de avaliação, e define responsabilidades (ministérios, judiciário, congresso, entre outros) e segue (ou não) as orientações que são deliberadas por estes. Desse modo, as políticas públicas são geridas e implantadas pelo Estado para encarar os problemas sociais existentes, dentre eles, todos os que se referem à esfera da saúde. Assim foi desenvolvido, e moldado, o sistema público de saúde brasileiro.

#### **3.1 A COMPREENSÃO DE UM PRELÚDIO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

Com o fim do regime escravocrata em 1888, o Brasil ficou dependente de mão de obra estrangeira para trabalhar no cultivo de insumos que nesse período era a base da economia do país, especialmente, o café. Por volta dos anos 1900 e 1920, continuavam as epidemias e os problemas sanitários. Para a recepção das pessoas vindas da Europa, várias reformas sanitárias e urbanas foram realizadas nos grandes centros, como no Rio de Janeiro, que teve atenção maior em relação às áreas portuárias. (MADRIGAL, 2017).

Os sanitaristas conduziram esse período com muitas campanhas de saúde, e dentre eles o médico Oswaldo Cruz teve destaque nesse sentido, enfrentando revoltas populares por conta da defesa da vacina obrigatória contra a varíola. A população se revoltou com a medida, uma vez que não foram explicados os objetivos da campanha e do que se tratavam as vacinas. (PAIM, 2015)

Essas ações sanitaristas posteriormente chegaram até o sertão nordestino, alertando acerca da relevância dos cuidados com a saúde no espaço rural. Mas, os moradores da zona rural eram pessoas ainda com muita pouca instrução, sem acesso à informação, e vivendo em ambientes precários, vitimadas por doenças mesmo com a distribuição de vacinas.

Em 1923 houve a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP). O estabelecimento desses órgãos se deu através dos levantes e protestos dos trabalhadores, com o intuito de assegurar sua proteção na velhice e em períodos de doenças. Porém, devido à pressão popular, posteriormente o Presidente Getúlio Vargas estendeu as CAP para outras categorias profissionais, sendo substituídas então, pelo Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAPS). (MADRIGAL, 2017).

A partir da era Vargas (1930-1954), as leis começaram a ser organizadas. O sistema passou por reformulações com o intuito de estabelecer uma ação mais centralizada, inclusive, em relação à saúde pública. O tratamento de epidemias e endemias foi foco dessa gestão, porém, avanços expressivos não ocorreram, tendo em vista que os recursos destinados à saúde sofriam desvios para outras esferas, como por exemplo, para financiar a industrialização. (SAMPAIO, 2017)

Ainda sob a presidência de Vargas, houve a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1934. Esta Carta Magna concedeu novos direitos aos trabalhadores, tais como assistência médica e licença-gestante. Como também, houve a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) de 1943, que estabeleceu aos trabalhadores de carteira assinada não somente o salário-mínimo, mas também, benefícios à saúde. (SAMPAIO, 2017).

Na década de 1950 foi criado o Ministério da Saúde, considerado um avanço, haja vista que ao longo dos anos, era a primeira vez que havia um ministério com dedicação exclusiva para a criação de políticas públicas focadas, sobretudo, no atendimento à área rural, uma vez que na área urbana, quem possuía carteira assinada, já tinha acesso a essa esfera. (SANTOS; CARVALHO, 2021).

Destaca-se que durante este processo, as Conferências Nacionais de Saúde de 1950 e de 1960 foram importantes na concretização da compreensão da relevância da saúde pública no país. No fim de 1963, ocorreu a 3ª Conferência Nacional de Saúde, onde foram apresentados vários estudos acerca da criação de um sistema de saúde. Nessa reunião, duas bandeiras principais foram debatidas: i) o desenvolvimento de um sistema de saúde que atendesse a todos, enquanto direito universal; ii) a estruturação de um sistema descentralizado, objetivando o protagonismo e atendimento das demandas de cada região. (PAIM, 2008).

Observa-se que a história da saúde pública no Brasil foi marcada por reorganizações administrativas sucessivas, além da edição de diversas normas. Do período colonial até os anos de 1930 a saúde foi desenvolvida sem organização institucional, porém, a partir dessa época houve várias modificações, foram criados órgãos (prevenção e controle de doenças) e outros foram extintos, como foi evidenciado anteriormente.

A saúde preventiva do Brasil passou por muitas dificuldades administrativas e institucionais, oriundas do escasso desenvolvimento da ciência, da tecnologia e da indústria, como também, pelo aumento da assistência médica associada à lógica do mercado. Mas, sobretudo, devido à formação de uma consciência dos direitos de cidadania, que até então, não existiam.

Desde os anos de 1960, houve grande publicação de normas, sobretudo no campo do direito, para o acompanhamento da ampliação da produção e consumo de bens e serviços, constituindo conceitos e entendimentos (jurisprudências) acerca do controle e uso das receitas públicas. Também, em 1965, foi regulamentado o uso água para consumo humano e serviços, e a iodação do sal. Aconteceu a reforma do laboratório de análises, nascendo nesse período o Instituto Nacional de Controle da Qualidade em Saúde (INCQS), que recebeu destaque devido a implantação do Programa Nacional de Imunização, cujo implemento demandava o controle sanitário de vacinas. (FUNDAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE, 2017).

Na década de 1970, em pleno governo militar, as verbas destinadas à saúde eram reduzidas a algo em torno de 1% do orçamento geral da União. No final dos anos 70, as prefeituras das cidades que mais se desenvolviam passaram a se organizar para receber e conferir aos imigrantes algum tipo de serviço na esfera da saúde. Iniciou a estruturação das políticas públicas que estavam relacionadas

às Secretarias Municipais de Saúde, que posteriormente, foram estendidas aos estados e aos ministérios (Previdência Social e Saúde). (MENDES; PAIVA, 2017)

No movimento pela redemocratização do Brasil, na década de 1980, os ideais pela reforma da sociedade cresceram devido ao envolvimento dos diferentes atores sociais, indivíduos coletivos e sujeitos de destaque. Alguns sanitaristas passaram a ocupar postos importantes no ente estatal. Houve o fortalecimento da democratização na saúde através da reforma sanitária, que avançou e organizou suas propostas em 1986 na VIII Conferência Nacional de Saúde, ofertando embasamento para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). (PAIM, 2008).

Durante toda a década de 1980, as pessoas expressavam o descontentamento com a política de saúde e exigiam ações que assegurassem esta enquanto um direito, e protestavam por ações que garantissem isto ao povo brasileiro. Na última constituinte, o movimento social se reorganizou, com a luta travada em prol da garantia dos direitos sociais, e em 1988 uma nova ordem jurídica, fundamentada na Constituição da República Federativa do Brasil, define o Brasil como um Estado Democrático de Direito, e a partir daí, proclama a saúde como um direito de todos e dever do estado, constituindo canais e mecanismos de controle e participação social para concretizar os princípios constitucionais que afiançam o direito ao povo. Assim, a saúde para a ser efetivamente, um direito de todos, e para todos. (VARELLA, 2018).

A Carta Magna reconhece os povos indígenas, crianças e adolescentes, como sujeitos que requerem proteção específica. É notório o expressivo passo que o Brasil deu em direção à cidadania, e o reconhecimento de que a proteção e a promoção à saúde são de responsabilidade pública, isto é, compete a todos os cidadãos brasileiros, o que sugere participação e controle social constantes. Assim, após o longo período de trabalhos que compreendem desde 1960, até 1989, finalmente em 19 de setembro de 1990, é criado o Sistema Único de Saúde brasileiro, através da Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990a).

Considerado o maior sistema de saúde pública do mundo, o SUS chega em 2022 com 190 milhões de usuários, sendo que destes 145 milhões dependem unicamente dele. Não obstante as diversas conquistas e progressos desde o seu surgimento, a saúde pública no Brasil enfrenta diversos problemas, entre estes, hospitais sem leitos suficientes, demora para atendimento, grandes filas para consultas e tratamentos, estrutura precária, entre outros. (IBGE, 2023).

### 3.2 CAMINHOS DA CONSOLIDAÇÃO DO SUS: MODELOS E PRÁTICAS NO SURGIMENTO DO TERCEIRO SETOR QUE ANUNCIAM AS PARCERIAS PÚBLICO PRIVADAS

Após sua criação em 1990, logo nos anos seguintes, o SUS enfrentaria já grandes desafios, sendo o maior deles, a dotação de orçamentos necessários para a efetiva estruturação de um sistema garboso, com potencial para atender de fato a toda a população brasileira. Com o advento da redemocratização, através das eleições diretas do presidente Fernando Collor, o país se viu mergulhado em uma mistura de caos econômico com deterioração da moeda nacional, acalorado pelas denúncias de corrupção e possível processo de impeachment do então presidente eleito, gerando sua renúncia, que provoca a ascensão ao poder do presidente Itamar Franco. (SANTOS; CARVALHO, 2021)

Com tantos pontos a serem aludidos, o principal deles, neste governo, foi a busca pela estabilização da economia, através do controle da inflação e da criação de uma nova moeda, que daria lastro para a recuperação fiscal brasileira. Neste ambiente, o SUS acabou ficando em segundo plano, assim como todas as outras políticas nacionais voltadas para a atenção social e básica, pois, como já dito, a economia foi eleita com prioridade número um do governo.

Itamar Franco foi o responsável pela criação e condução do Plano Real, que conduziu o país, durante um período de dez anos de transição, a uma estabilidade fiscal e financeira. Em 1995, com a eleição do Presidente Fernando Henrique Cardoso, que havia sido o Ministro da Economia do Governo de Itamar, obtendo amplo reconhecimento e aceitação pelo mercado, capitaneou o desenvolvimento do país pelos próximos oito anos, com dois mandatos consecutivos. (PAULETTI, [2019])

Assim como no governo Itamar Franco, o governo FHC foi amplamente direcionado para a estabilidade econômica, deixando novamente de lado todos os planos que davam conta da política nacional de assistência ao povo, incluindo as políticas de saúde, educação, renda e assistência social. De um lado, uma grande consolidação e estabilização econômica levavam o Brasil a ocupar um novo patamar no cenário do capitalismo mundial, porém, do outro, assistia-se ao enfraquecimento e não consolidação do Sistema Único de Saúde, que no espaço de dez anos da sua criação, ainda não havia se consolidado com o potencial necessário para atender à população. (SANTOS, 2017).

A partir da incapacidade do Estado brasileiro em aportar os recursos necessários para o SUS, iniciou-se em 1999 um amplo movimento de intenção da coparticipação de entidades sociais, enquanto membros do terceiro setor, a terem participação na gestão e aparelhamento das unidades de saúde, através de convênios e repasses de verbas públicas para estas entidades.

O terceiro setor, composto de entidades não estatais, sem fins lucrativos, que em parceria ou não com órgãos estatais e empresas privadas, prestam serviços de interesse público, através de trabalho voluntário ou assalariado ou através de associações, até então regulado pela lei nº 9.637/98, passa agora a ser reconhecido e regulado pela lei nº 9.790/99 e pelo Decreto Legislativo nº 3.100/99, que na prática autorizam entidades tidas enquanto sociais a gerirem o capital público para sua aplicação em setores como a saúde, com a finalidade de dar autorização e licença a estas para contratar, gerir, utilizar e operacionalizar orçamentos destacados pela união para o setor da saúde. (LINS, 2018).

Com estas leis, e uma nova demarcação ao terceiro setor, houve uma leve melhoria na estruturação do SUS, com a reforma e ampliação das principais unidades de saúde no país, bem como com a transferência de tecnologia e capacidade de gestão de grandes empresas privadas do setor da saúde para a área pública. Também, observou-se um aumento significativo no número de unidades privadas de saúde que passaram a realizar atendimentos em cotas do SUS, ampliando a cobertura do Sistema e chegando a um número duas vezes maior de cidades e lugares em todo o Brasil.

Todavia, a nova regulamentação do terceiro setor enquanto meio de parceria e operacionalização da saúde no Brasil, também trouxe novos desafios, como o cenário de desvios de dinheiro e corrupção, sobretudo, através do estabelecimento de empresas sociais de fachada, com objetivo de servirem de “laranjas” para operações de lavagem de dinheiro e corrupção, com amplo envolvimento de políticos, servidores públicos e empresários.

De acordo com Antunes (2005), a partir de 2002, com a eleição do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, do Partido dos Trabalhadores (PT), a saúde, entre outras áreas, passou a ter um novo significado e simbolismo para uma nação que até então era dotada de grande conservadorismo nas desigualdades. A vitória de um governante oriundo das massas proletárias, apesar de tardia, trouxe mais esperanças ao povo após décadas de desertificação econômica e social.

Alianças precisaram ser construídas, visando encontrar soluções para responder a algumas reivindicações, a exemplo de: desemprego e degradação salarial; reforma agrária; estimular a evolução tecnológica com o intuito de alcançar os trabalhadores; restringir a ampliação da especulação do capital bancário; incitar a produção de bens úteis socialmente e reconquistar o sentido público, coletivo e social dos órgãos estatais.

Para Motta, Mânica e Oliveira (2018), o presidente Lula enfrentou riscos quando pediu apoio a uma base pluriclassista. Buscou a imagem de um chefe popular, disposto a trabalhar mediando com equilíbrio os princípios e ações que visavam o aumento dos padrões de vida dos menos favorecidos, e as determinações de política econômica que promoveram grandes ganhos aos senhores das finanças.

Sobre a política de saúde no início desse governo, alguns pontos positivos podem ser destacados: a) o regresso dos objetivos da reforma sanitária em debates e documentos do Ministério; b) seleção de profissionais envolvidos com a reforma sanitária para atuar em cargos do segundo escalão do Ministério da Saúde; c) retorno, ainda que tímido, da percepção de Seguridade Social; d) participação do ministro nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e; v e) o convite extraordinário da 12ª Conferência Nacional de Saúde em 2003 e da 13ª no ano de 2007. (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

É importante citar, ainda, a aprovação da Política de Atenção Básica em 2006, com destaque para a estratégia de saúde da família (ESF) como serviço de estruturação e caminho de entrada preferencial do SUS, além da geração de grande estímulo à formação de profissionais de saúde com perfil para atuar no SUS em parceria com secretarias de saúde e universidades.

No plano de governo do então presidente havia menção acerca da política de saúde bucal, questões referentes às urgências/emergências, a criação da farmácia popular. O plano inseria também outras propostas com natureza de continuação, o fortalecimento da atenção básica, o aperfeiçoamento das relações intergovernamentais, a ampliação do acesso e a garantia da integralidade da assistência.

Ao se fazer uma análise de caráter prático do primeiro mandato do presidente Lula, mesmo sendo escassos os recursos, e sobrando o atrevimento para realizar interferências mais abrangentes, o governo não mediu esforços para a superação da fragmentação das ações e implantação de uma nova construção do Ministério da



Saúde. A reforma administrativa promovida pela gestão Lula, recomendava um enfoque na integração da atenção básica com a assistência especializada e hospitalar, com proeminência para recursos humanos e atenção para os insumos estratégicos e desenvolvimento científico e tecnológico, como também prioridade para a gestão democrática.

Freitas (2007) sugere que entre as intervenções realizadas, a de maior relevância na possibilidade de progressos no tocante à cobertura e qualidade da atenção, a evidência estava em: a) trazer maior abrangência para a atenção básica por meio do Programa Saúde da Família (PSF) - com aumento de 57% no número de equipes de saúde; b) acréscimo dos recursos do Piso de Atenção Básica, cujo valor era de R\$ 10,00 congelado desde 1988, para R\$ 15,00 *per capita*; c) ampliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), impulsionando à Reforma Psiquiátrica com o objetivo de “desospitalização” por meio do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS; d) a tentativa de transformação do modelo de atenção à saúde, a partir de projetos que priorizavam a humanização e o acolhimento.

Foi criada a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CAMED) e foram fixadas regras para controlar os preços desses produtos. Aumentou-se o apoio aos laboratórios oficiais; a isenção de ICMS para medicamentos de alto custo; o fortalecimento do uso dos medicamentos genéricos; além da convocação da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

Compete aqui, o registro do destaque para as ações voltadas para grupos especiais, a exemplo da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004-2007); estratégias voltadas para a saúde da criança e do adolescente, como a tentativa de articular o Programa Saúde e Prevenção nas Escolas ao Programa Nacional de DST/AIDS, como também, a educação sexual nas instituições escolares, com o intuito da prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e gravidez na adolescência; projetos voltados para a Saúde do trabalhador, visando a implantação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST); ações referentes à saúde da população negra, dos indígenas, dos quilombolas e dos assentados. (PAIM, 2008).

Outro ponto de relevância desse governo foi o estabelecimento de ações com enfoque em grupos especiais, como os idosos, que um capítulo exclusivo voltado para a saúde no Estatuto do Idoso, e com uma indicação no sentido de extinguir o processo

asilar e implementação de ações para a promoção e recuperação da saúde deste público.

A gestão de Lula foi decisiva para a real consolidação do SUS, com focos específicos, visando trazer soluções para determinados problemas que envolviam grupos sociais a partir de suas particularidades. Nesse ponto de vista, o foco na saúde emergiu no interior de um entendimento universalista, como tática de implantação da universalização como um direito.

Outro aspecto relevante da administração de Lula ocorreu com a aprovação do Pacto pela Saúde. Da perspectiva da gestão do SUS, o pacto pela saúde, embora incremental, trouxe transformações consideráveis. O pacto consistia em um conjunto de reformas institucionais realizado pelas três esferas governamentais que visava a promoção de inovações nos processos e ferramentas de gestão e tem três elementos, a saber: o Pacto pela Vida, que faz o reforço no SUS; o movimento da gestão pública por resultados, pois, determinava um conjunto de acordos e metas sanitárias consideradas como prioridade, por isso, deveriam ser implementadas pelos entes federativos.

O Pacto em Defesa do SUS representou um movimento de repolitização no campo da saúde, com uma estratégia clara de mobilização social visando um financiamento compatibilizado com as necessidades dessa área, incluindo a regulamentação da Emenda Constitucional n. 29 pelo Congresso Nacional. O pacto de Gestão do SUS, que contemplava a relação solidária entre gestores, estabelecendo as diretrizes e responsabilidades de cada campo governamental, contribuindo para fortalecer a gestão, entre outros eventos, criou colegiados de gestão nas regiões, relevantes campos federativos de articulação entre os administradores com vistas a restabelecer relações cooperativas, que são essenciais para assegurar o acesso e da integralidade da atenção. (PAULETTI, [2019]).

Segundo Menicucci (2011), as transferências dos recursos do governo federal também foram transformadas, passando a ser classificadas em seis blocos de financiamento (Atenção Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos em Saúde), minimizando a fragmentação dos recursos e trazendo respostas às análises históricas dos administradores estaduais e municipais, procurando a consolidação da maior autonomia dos entidades federativas na gestão dos recursos.

O programa de governo do segundo mandato do Presidente Lula teve poucas inovações voltadas à esfera da saúde, porém, foi reafirmada a continuação dos programas instituídos no primeiro mandato e destacando o aprofundamento e o aprimoramento dos aspectos básicos do SUS. Foi enfatizado o fomento à pesquisa e o desenvolvimento da tecnologia para a produção de vacinas, hemoderivados, equipamentos e medicamentos.

No início do ano de 2007, o Ministro da Saúde designado, associado ao movimento sanitário, apresentou um programa polêmico e ousado, chamando a atenção dos veículos da mídia e do jornalismo de forma geral. A política de saúde, agora, era apresentada de modo formal como a permanência e a continuação de um conjugado de diretrizes, ações e metas setoriais e emitidas tecnicamente, estendendo a sua jurisdição e influência por todos os setores da gestão pública, sendo transmitida de mandato a mandato, não importando qual o governo ou presidente, mas sim, a política pública de Estado.

Assim, o deslocamento do conteúdo administrativo das locuções que condicionavam presunções para as políticas de saúde, dão espaço às articulações entre a epidemiologia, determinantes sociais da saúde e a política de saúde. Por esse viés, e com a justaposição dos problemas relacionados à saúde e a possibilidade de melhorar as condições do povo brasileiro e a qualidade de vida, a saúde, e o SUS, adquiriram, enfim, regulamento de prioridade diante da gestão pública.

Foi enfatizada a relevância dos atos intersetoriais para a saúde, e a articulação dos esforços nesse viés, como por exemplo, ponderar os acidentes de trânsito como epidemia e o lançamento da Campanha de Prevenção dos Riscos de Consumo de Bebida Alcoólica. O ministério da saúde também trouxe para a discussão pública, denominada de “Judicialização da Saúde”, ao censurar em público as ações na justiça para obter a cobertura de métodos não regulamentados pelo SUS. (MOTTA; MÃNICA; OLIVEIRA, 2018).

Na Agenda Social, as estratégias para a saúde se introduzem na política de desenvolvimento que foi pensada para unificar o crescimento econômico com o desenvolvimento e a igualdade social. Além do Programa Mais Saúde, a agenda social considerou preferências que foram estabelecidas para a assistência à saúde, como o esforço da atenção básica através da ampliação do PSF, para a capacitação dos profissionais de nível superior atuantes no PSF, do programa Brasil Sorridente e

do trabalho de agentes comunitários de saúde, com acréscimos de atividades a serem realizadas no contexto escolar. (FREITAS, 2007).

Outros programas foram criados, tais como: Saúde na Escola; o Hiperdia, tratamento da hipertensão e do diabetes; a ampliação do acesso a serviços especializados, duplicação da cobertura do Samu; o planejamento familiar; ações de investimento em infraestrutura; implantação de complexos reguladores visando a melhoria do acesso a internações; implantação de novos meios de compra de serviços, com contratualização com hospitais filantrópicos. (IPEA, 2009).

A ampliação da estratégia Saúde da Família seguiu sendo prioridade do Ministério da Saúde. No ano de 2008 foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) como estratégia para aumentar a abrangência e a diversidade das ações das ESF, dispendo de estrutura física apropriado para atender aos profissionais das distintas esferas de saúde, a saber: docentes de educação física, profissionais (pediatras, ginecologistas e psiquiatras), acupunturistas, nutricionistas, homeopatas, assistentes sociais, farmacêuticos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos e terapeutas ocupacionais. (PAULETTI, [2019]).

No governo Lula foram evidenciadas características progressistas, porém, ao longo da gestão houve o surgimento do conservadorismo que foi se tornando evidente através do direcionamento das ações e com a substituição dos técnicos dirigentes que eram conhecidos pela defesa do SUS. A partir de então, ficou claro o retorno do processo regressivo e conservador, marcas do governo de Fernando Henrique Cardoso e de José Serra na esfera da saúde, em âmbito nacional. (MIRANDA, 2011).

A condução da política de saúde nesse governo foi marcada também pela tensão entre o protótipo da Reforma Sanitária e a esfera privada, persistindo e sendo reproduzido no governo de Dilma Rousseff. A partir de 2005, aproximadamente, a relação público e privado tornou-se sendo refuncionalizada, contraindo substância distinta no cenário do novo desenvolvimentismo com destaque na gestão e no custo-benefício dos serviços.

Já o governo de Dilma Rousseff (PT) entre os anos de 2011 e 2016, apresentou compromissos programáticos que evidenciavam o intento de continuação da gestão de Lula, resgatando as mudanças existentes no Brasil nos oito anos do governo citado, garantindo a continuação do avanço até então observado e reiterando esses fatos em sua posse.

O governo Dilma focou na diminuição dos gastos públicos em estrutura de gestão e o mantimento do subfinanciamento, com ampliação e fortalecimento do setor privado. Assim, foi observado durante esse período o crescimento dos planos e seguros privados, foram incorporadas tecnologias de custo elevado, financeirização do setor e continuação da apreensão do SUS pela esfera de saúde privada.

Já em 2011 foi constituída uma orientação para a política da atenção básica, através da Portaria nº 2.488 (BRASIL, 2011), que enfatizava a implantação dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASFs) com a flexibilização de algumas normas relacionadas à organização e gestão do trabalho, sobretudo, no tocante ao profissional da medicina. Nesse mesmo ano, houve a XIV Conferência Nacional de Saúde e pelo movimento sanitário houve o lançamento da Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil, com recomendações estruturadas em cinco linhas de ação:

- 1) Saúde, Meio ambiente; Crescimento econômico e desenvolvimento social;
  - 2) Garantia de acesso a serviços de saúde de qualidade;
  - 3) Investimentos – superar a insuficiência e a ineficiência;
  - 4) Institucionalização e gestão do sistema de serviços de saúde;
  - 5) Complexo econômico e industrial da saúde.
- (AGENDA..., 2011, p.11).

O foco nas políticas de saúde foi mantido, com ampliação de serviços em atenção primária. Com a Lei Complementar nº 141/2012, as porcentagens mínimas orçamentária para a saúde nos estados foram mantidas em torno de 12% e nos municípios em 15% e foi preservada a fórmula de cálculo da participação da União centralizada na variante do PIB nominal, isto é, nesse mandato foram mantidos os mecanismos de financiamento do SUS constituídos anteriormente, há 12 anos para o nível federal através da EC – 29. (PAIM, 2008).

É importante salientar que o subfinanciamento continuou sendo uma problemática, tendo em vista que o mesmo teve seu agravamento quando o Legislativo e o Executivo rejeitaram a aprovação de recursos adicionais para o SUS, recusando 10% do orçamento do ente federativo para a saúde. Diante dessa premissa, a sociedade civil, através do movimento batizado de Saúde+10, fez uma grande articulação e uma mobilização ampla que culminou em mais de 2,5 milhões de assinaturas para uma emenda popular para assegurar o mínimo de 10% da receita bruta da União para a saúde. (REIS; PAIM, 2018).

Entretanto, apesar de todo empenho, as bases governamentais no Congresso Nacional recusaram o projeto. No mesmo ano, foi estabelecida a Lei nº 12.527 /2011 denominada Lei do Acesso à Informação, regulamentando o direito constitucional de

acesso às informações públicas. Foram instituídos mecanismos que propiciam o recebimento de informações públicas das entidades e órgãos, sem ser necessário apresentação de uma razão. (REIS; PAIM, 2018).

Foi implementado o Plano Brasil Maior, o mesmo em seu teor apresentava um conjunto de medidas que apoia à competitividade do campo produtivo no país. Nele, o ente federativo discriminou sua política tecnológica, industrial, de serviços e de comércio exterior para o intervalo de 2011-2014. Ademais, prosseguiu com a Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior e a Política de Desenvolvimento Produtivo de 2008-2010. (REIS; PAIM, 2018).

Houve também a elaboração de Planos de Ações voltados para Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis visando à diminuição de 2% do índice de mortalidade prematura por doenças, tais como, diabetes, câncer, diabetes e doenças cardiovasculares, a saber: acidente vascular cerebral e infarto. Esse plano recomendou o uso de parcerias com vários setores e sugeria ações para uma década.

Foram desenvolvidos programas e políticas, tais como: o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab), implementado pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação, visando incitar e valorizar os diferentes profissionais de saúde que trabalham em equipes multiprofissionais na atenção básica e na Estratégia Saúde da Família (Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogos, entre outros) visando a redução da desigualdade entre as regiões ao direcionar esses servidores para localidades que careciam desses serviços. (REIS; PAIM, 2018).

Ainda no primeiro mandato de Dilma também foi criada a Política Nacional de Alimentação e Nutrição do SUS, estabelecido o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (Requalifica) e publicado o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Foi criada também a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) o que culminou em muitas manifestações no território nacional, com várias inquietações no tocante à sustentabilidade da administração pública dos hospitais universitários e acerca dos distintos modelos de gestão e sua natureza pública.-(REIS; PAIM, 2018).

É importante ressaltar que com a apresentação do Programa Mais Médicos, o governo atraiu negativamente a classe dos profissionais médicos e outras esferas sociais. No fim desse mesmo ano o Congresso conduziu a PEC 358 que estabeleceu o orçamento impositivo. Este mudava o financiamento para a saúde, direcionando

15% da receita corrente líquida, com uma porcentagem a ser alcançada ao término de 5 anos, o seu valor total, o oposto ao recomendado pelos movimentos sociais com a proposta do Saúde+10. A mesma foi parcialmente aprovada em 2014, no primeiro semestre. (REIS; PAIM, 2018).’

A saúde nas eleições de 2014 não foi priorizada nos programas de governos dos candidatos à presidência. Entretanto, a expressão SUS mais uma vez aparecia no cenário político, quando comparada às campanhas de quatro anos antes, porém, nenhum dos programas mostrava ações para assegurar a sua sustentação. (REIS; PAIM, 2018).

Todavia, ainda em 2014, foi estabelecido um importante marco para a gestão da saúde através das entidades sociais, no modelo de participação público-privado, sobretudo naquelas pertencentes ao terceiro setor: a homologação e aprovação da Lei nº 13.019 (BRASIL, 2014), chamada de “o novo marco do terceiro setor”. Nesta, as entidades sociais ganharam mais confiança e garbo diante da gestão de recursos públicos, agora sob regras mais rígidas e direcionadas de controle orçamentário e fiscal.

Esta nova legislação determina novas regras para assinaturas de contratos entre as organizações não governamentais e o setor público. Seu objetivo foi aprimorar a execução de atividades, programas e projetos de interesse público realizados pelas entidades e associações sem fins lucrativos, além de promover ampla transparência às transferências de recursos da União e outras esferas federativas através de contratos de repasse, convênios, instrumentos congêneres ou termos de parceria para as organizações da sociedade civil deste setor. (MOTTA; MÃNICA; OLIVEIRA, 2018).

Antes do novo marco regulatório, tais convênios eram regulados por portarias, decretos e instruções normativas que são considerados instrumentos jurídicos mais volúveis e frágeis para fazer controle das retiradas de recursos públicos para as instituições privadas de utilidade pública. Com a nova regulação, o que mudou foi a utilização de convênios para formalizar parcerias entre as entidades do Terceiro Setor (sem fins lucrativos) e o poder público. O conveniamento entre ambos agora é substituído por termos de fomento e colaboração.

O primeiro se aplica a ações propostas pela organização da sociedade civil, enquanto o segundo vale nos casos em que a própria administração pública define o objeto de parceria. As entidades que lidavam com convênios terão agora que se

atentarem aos novos critérios de seleção e também é exigida a realização de chamamento público. As ONGs, por exemplo, devem cumprir com alguns requisitos específicos como: Criação de órgãos internos de elaboração e fiscalização de regulamento de compras; Tempo mínimo de existência; Contratações para uso de recursos públicos; Regras para prestação de contas; Experiência prévia no objeto da parceria.

Dilma Rousseff, em seu segundo mandato, trouxe um projeto que essencialmente modernizava o Programa Mais Médicos, acrescentando o Mais Especialidades. Porém, nem em seu plano governamental, nem em seus discursos de vitória e de posse, a mesma apresentou a saúde como prioridade, também não trouxe ações que assegurassem a sustentabilidade do SUS. É válido mencionar que, na segunda metade do primeiro governo Dilma, ficaram evidentes diversos ataques ao SUS, especialmente oriundos do Congresso Nacional, entre eles:

i) a abertura do setor saúde ao capital estrangeiro; ii) o orçamento impositivo; iii) PEC 451/2014 propondo planos de saúde privados para todos os trabalhadores, exceto os empregados domésticos; iv) tentativa de anistia para as multas das operadoras de planos de saúde, por meio da Medida Provisória – MP nº 627; v) a diminuição do financiamento da seguridade social; vi) os cortes no Programa Farmácia Popular do Brasil implicando no fechamento de farmácias da modalidade rede própria; vii) a proposta de perdão de R\$ 2 bilhões para organizações de planos de saúde, entre outros. (REIS; PAIM, 2018).

Não obstante a estas ofensivas contra o SUS, algumas ações estabelecidas pelo governo devem ser destacadas:

i) Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas privadas de Liberdade no Sistema Prisional; ii) Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; iii) Programa Mais Médicos; iv) Regras para a diminuição do número de cesarianas e incentivo ao parto normal; v) Programa Nacional de Segurança do Paciente; vi) Política Nacional de Atenção Hospitalar; vii) Criação do Sistema de Negociação Permanente do SUS; viii) Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança; ix) Política de Educação Permanente em Saúde; x) Redefinição da Política Nacional de Promoção da Saúde; xi) Política Nacional de Atenção Integral às pessoas com doenças raras. (REIS; PAIM, 2018).

Apesar dos avanços, pode-se observar o descompromisso com o SUS no segundo mandato da gestão de Dilma. No fim do ano de 2015, aconteceu a XV Congresso Nacional de Saúde, no Distrito Federal, com a temática: *Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas*. Esse evento foi considerado por vários entes e organizações como lugar de grande relevância para mobilizar e envolver a sociedade civil acerca do destino do SUS.



E ante a volubilidade política, ocorreram várias manifestações nas ruas em prol da então presidente. Nesse panorama, o Congresso Nacional passou a ter forte protagonismo, com colisões de pensamentos entre os autores do Executivo e do Legislativo mediante a uma crise econômica e também política. O enfraquecimento do alicerce parlamentar da presidente promoveu a abertura do pedido de impeachment, claramente tido por analistas jurídicos e políticos enquanto um “golpe de Estado”, acompanhado da cassação do presidente da Câmara dos Deputados devido à quebra de decoro parlamentar. A situação política do Brasil, mediante do golpe ora aplicado no governo de Dilma Roussef, trouxe impactos negativos para as políticas de saúde. (REIS; PAIM, 2018).

### 3.3 A CONSOLIDAÇÃO DAS PARCERIAS PÚBLICO PRIVADAS NO BRASIL, E NO SUS

As reformas para a consolidação do SUS e da Política Nacional de Saúde não aconteceram no formato de um movimento evidente e amplo, mas sim, ocorreram de forma a burlar as possíveis resistências, se caracterizando de forma fragmentada, experimental e se alastrando no interior do sistema. Essa característica, apesar de não ser a mais adequada, foi a que possibilitou ao SUS uma resistência desde sua criação em 1990 até a atualidade, e que permitiu a ele uma ampla consolidação.

Diante dos movimentos observados, sobretudo, no quesito de uso da verba pública e experiências de gestão, ficaram consolidados também, nestes últimos trinta anos, os arcabouços que partiram grandes parcerias público-privadas, seja pelas leis das PPPs ou seja pela lei do terceiro setor, de uma grande capilaridade para o uso da expertise do setor privado no gerenciamento das ações e proposições do SUS.

Observou-se ao longo dos 30 anos do SUS um esgotamento das estratégias de diminuição da crise econômica por parte do neo desenvolvimentismo efetivado a partir dos governos do PT, e que diante do golpe de Estado, foi interinamente assumido pelo governo neoliberal de Michel Temer, que, na Política de Saúde, continuou com o Projeto das PPPs, potencializando as privatizações, e aniquilando a proposta primitiva do Projeto da Reforma Sanitária.

Para Ferraz e Bernardes (2018), o Governo de Michel Temer respondeu à necessidade de grupos neoliberais para as questões urgentes do capital no panorama da falência do caráter de conciliação de classe dos Governos do PT. Deste modo, o

primeiro passo dessa gestão foi a continuação das contrarreformas, criando a Emenda Constitucional 95/2016, que estabeleceu um novo Regime Fiscal no campo do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social da União, prevendo que durante vinte anos, os custos primários do orçamento público seriam restritos à inflação, indicando um estreitamento financeiro de todas as políticas sociais.

Assim, com o chamado “Teto de Gastos” agora, talvez mais que em qualquer outra gestão democrática no Brasil, nunca se encontrou tamanha dificuldade em suprir as necessidades do sistema de saúde com as necessidades do fisco. Desta forma, no Governo Temer, praticamente 40% das operações do SUS foram cedidas para utilização da gestão privada, através de grandes grupos como a Rede D’or e Albert Einstein, para gerirem o passivo “falido”, com poucos recursos da União. Todavia, se eram capitais falidos, qual o interesse do setor privado em gerir esse passivo?

Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018) apresentam que, em verdade, foi promovido um sucateamento do SUS, através da progressiva redução de repasse de verbas ao mesmo, tendo como plano de fundo o novo então teto de gastos da máquina pública, que justificaria e chancelaria, inclusive aos olhos da população, os cortes da ordem de quase 55% nos orçamentos de setores como saúde e educação.

Assim, diante do expressivo sucateamento, provocado pelo evoque na lei de gastos, principalmente criada para estabelecer um lastro de economia ao governo, com dividendos acumulados em dólar, serviriam de justificativa legal para a busca de novos horizontes que permitissem a continuidade do sistema, e dentre eles, estava a ampliação das concessões privadas, as chamadas PPP’s. Com esta, o setor privado passava a assumir a gestão de uma estrutura cara, mas receberia os mesmos recursos limitados existentes pelo governo, realizaria investimentos, e com isso, ganharia o direito de uso desta estrutura adquirida, e melhorada, também, para atendimentos privados, com geração de dividendos.

As mudanças mais expressivas em programas do Ministério da Saúde e iniciativas governamentais que cooperaram para o desmonte do SUS no então governo Temer, foram iniciadas com a proposição dos denominados planos de saúde acessíveis, cuja sistematização consta no Ofício nº 60 (2017) da Secretaria de Atenção à Saúde com o objetivo de reagir à perda de usuários dos planos de saúde, visando que estes alcançassem todas as camadas sociais. A proposta foi repartida em três pontos: Plano Simplificado, Plano Ambulatorial+Hospitalar e Plano em Regime Misto de Pagamento, sendo que o aspecto mais relevante desse anacronismo

são as restrições de cobertura, que violam de forma direta à integralidade da assistência. (SILVA; CORREIA; SANTOS, 2021).

No tocante aos atrasos relacionados à Política de Saúde Mental, foi implementada a Portaria 3.588/2017, que dispõe sobre o fortalecimento das hospitalizações em unidades psiquiátricas e criação de leitos em hospitais gerais e serviços ambulatoriais, através de ampliação de recursos para esses objetivos, essa estratégia entra em confronto direto com o princípio da desinstitucionalização, teor do Projeto da Reforma Psiquiátrica. (SILVA; CORREIA; SANTOS, 2021).

Sobre a proposta de mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) apresenta como alteração uma quebra com a centralidade da Saúde da Família, constituindo meios de financiamento para outros modelos assistenciais que não envolvem equipes multiprofissionais com a presença de ACS, estabelecendo princípios contrários aos da Atenção Primária à Saúde (APS), a atenção contínua e sistematizada que unifica as ações curativas e preventivas para cidadão e a comunidade. (SILVA; CORREIA; SANTOS, 2021).

Assim, observa-se que esta alteração também mostra uma distinção entre ações e serviços fundamentais e ampliados a serem efetuados na Atenção Básica, apresentando limitações ao acesso à assistência, validando sua conformação como uma política focalizada, limitada a populações mais vulneráveis ou agravos mais comuns. Teixeira (2018) sugere que se as estratégias da gestão Temer evidenciam o retrocesso na Atenção Básica, na Política de Saúde Mental, entre outras políticas, sobretudo, no controle social como tema pétreo do SUS. Ele preparou o terreno para a ação dos planos de saúde privados darem a cobertura que a esfera pública, ou seja, o SUS não estava conseguindo.

Como isso aconteceria? Entre as propostas mais favoráveis estava a mudança da legislação dos Planos de Saúde, instituindo os acanhados Planos Populares. Por isso, não foi por acaso que foi escolhido um deputado do PSDB para ser o relator da Comissão Especial sobre as questões desses Planos de Saúde. Isso evidencia uma articulação ideológica, político-partidária.

Esse mesmo modelo adotado pelo governo de Michel Temer, foi ampliado e consolidado no governo de Jair Messias Bolsonaro, e que favoreceram, inclusive, com dinamismo, a geração de grandes grupos de gerenciamento de planos populares de saúde, e exemplo do Grupo HapVida e sua fusão com dois outros grupos, a Intermédica e o Notre Dame, criando, assim, o maior conglomerado símbolo da

transferência de capacidade de gestão da saúde no SUS, para o modelo de planos populares.

Outros modelos foram evidenciados nessa gestão, entre eles uma articulação feita com o campo privado por meio do documento *Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde*, desenvolvido pelo Instituto Coalizão Brasil (2017) visando a construção de um novo sistema de saúde para o país.

O documento recomendava para as esferas públicas e privadas uma rede unificada de cuidados continuados, que iria ocorrer mediante ações do setor privado que seria gestor dos serviços. Foi também apresentado um diagnóstico do SUS que afirma que o mesmo possui uma gama de informações sobre muitas falhas no sistema, focando sobretudo, na gestão e dando respostas a esses erros através de estratégias a serem priorizadas, em outras palavras, recomendando o setor privado para corrigir as falhas apontadas. A partir deste relatório, várias unidades do SUS passaram a ser administradas pelo então conglomerado de saúde popular citado neste estudo. (SILVA; CORREIA; SANTOS, 2021).

Esse documento é impactante e transformador, tendo em vista que a proposta desse modelo segue em conformidade com a pretensão do Banco Mundial para Cobertura Universal de Saúde (CUS), conjecturando um possível fim do sistema de saúde universal e gratuito e a sua troca por um sistema misto estatal-privado, bem como o beneficiamento da gestão por parte das Organizações Sociais (OSs), violando os princípios da universalidade e gratuidade do SUS e reafirmando a área da saúde como fonte de lucratividade para o capital. (SILVA; CORREIA; SANTOS, 2021).

Até aqui, esta pesquisa se dedicou a apresentar um vasto compendia do trajeto da consolidação do sistema único de saúde SUS, e seus desafios impostos. Diante disto, e com a compreensão deste cenário nacional, abre-se uma janela para um recorte na cidade de Paulo Afonso, localizada na região norte da Bahia, a 485 km da capital Salvador, onde uma das unidades, então geridas pelo SUS, através de uma parceria com a Empresa Estatal CHESF se desfez, deixando a unidade em uma situação desoladora, atribuindo ao município localmente a responsabilidade pela gestão.

Diante dos critérios vistos e elencados na trajetória do SUS, diversas pesquisas apontam que a superlotação é um dos problemas mais urgentes apresentados pelas instituições públicas de saúde. Contudo, junto a isso, existem uma longa lista de desafios que também precisam ser enfrentados, como o planejamento insatisfatório,

o uso inapropriado de recursos, assim como a falta de serviços, entre outros. Para que tais circunstâncias sejam superadas, o primeiro passo é contar com uma gestão hospitalar eficiente.

Assim, para que esses variados processos sejam executados adequadamente, é vital que toda a equipe receba um treinamento apropriado, o qual compreenda todas as etapas de atendimento médico e administrativo. Para garantir que todos os setores trabalhem de modo a garantir uma rotina eficiente. Acompanhada de um maior aproveitamento dos recursos que movem o hospital – econômicos, humanos e técnicos.

No entanto, para uma gestão hospitalar interna consistente, é imprescindível que o treinamento seja feito sempre que houver a necessidade. Principalmente devido a renovações tecnológicas que podem ser implantadas, ou por causa do surgimento ou atualização de boas práticas no setor. Caso contrário, as melhorias não serão duradouras, e a gestão hospitalar voltará a passar por dificuldades.

Para este desafio, o pesquisador lança seu olhar para as parcerias público-privadas (PPPs) são acordos muito vantajosos para a gestão do hospital público, pois compreendem a cooperação entre entidades governamentais e empresas de iniciativa privada. Esse é um método relevante porque o envolvimento privado acaba trazendo agilidade e qualidade para os processos, uma vez que, normalmente, ficam isentos da burocracia característica do setor público. Como a realização obrigatória de licitações a cada aquisição, ou a contratação de funcionários por meio de concurso público.

Essa iniciativa é ainda mais importante por considerar a demanda, cada vez maior, do serviço público de saúde, tornando evidente a necessidade de diferentes formas para pensar a gestão hospitalar.

É importante destacar, no entanto, a precisão de se promover a adequação do processo de implementação das parcerias público-privadas. Essa é uma etapa complexa, que exige um acompanhamento dedicado por parte de equipes especializadas. Além disso, é fundamental ter uma gestão eficiente, bem como mecanismos fiscalizadores, capazes de assegurarem o respeito à contratualização envolvida.

Por fim, promover mudanças é importante para melhorar a gestão hospitalar, mas, tão importante quanto, é fazer uso de indicadores de desempenho que

evidenciem os resultados que foram obtidos com essas mudanças. Assim como o que ainda é possível melhorar – antes que a instituição seja afetada negativamente.

Com esses indicadores, pode-se avaliar a qualidade do atendimento prestado aos pacientes. Assim como determinar metas que já foram alcançadas, juntamente daquelas que ainda precisam de algum esforço para serem atingidas. As organizações também podem identificar pontos falhos, oportunidades de crescimento, estratégias que funcionam, bem como aquelas que precisam ser aprimoradas.

### 3.4 AS NORMAS E PROCEDIMENTOS DE GESTÃO ATRAVÉS DE PPP: OS MODELOS DE PARCERIA PÚBLICO PRIVADA NO BRASIL

As parcerias público-privadas foram regulamentadas em nosso país no ano de 2004. Mais conhecidas como PPP's, elas concedem a entidades privadas o dever da prestação de serviços públicos. O tema até hoje é ampliado e debatido, em âmbito jurídico e complexo. A definição de PPP é simples e mesmo lembra outros formatos de vínculos entre o Estado e as empresas privadas, mas conta com características, normas e diretrizes muito próprias. (LINS, 2018).

É no cenário e âmbito da administração pública que encontramos um conceito completo para as PPP's, definidas como contratos organizacionais, em geral com longa duração, que atribuem a um sujeito privado o dever de prestar um serviço público, que pode ocorrer com ou sem direito à remuneração, a partir da exploração da infraestrutura, mas mediante garantia especial prestada pelo ente público, utilizável para obter recursos no mercado financeiro. (MENDES; PAIVA, 2017).

A PPP se apresenta, durante o governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) como uma inovação no cenário brasileiro, tendo destaque para a capacidade do poder público em captar os investimentos do setor privado para projetos que, anteriormente, só dependiam do Estado. Para Soares (2018, p. 83) as “parcerias público-privadas encontram respaldo em um longo processo, que se desenvolveu desde a Revolução Francesa até a consolidação dos Estados Democráticos de Direito.”

Segundo Teixeira (2018) o Brasil enveredou pelo desenvolvimento de três modelos de parcerias público privadas: o comum, a patrocinada e o administrativo. No modelo comum está a modalidade de parceria público-privada em que os investimentos realizados pelo empreendedor privado, para viabilizar o fornecimento de um serviço de interesse público, tem como contrapartida as tarifas pagas pelos

usuários dos serviços, tendo sido hoje amplamente utilizado para a concessão de rodovias e canais logísticos (como aeroportos e portos). Em outras palavras, o investimento do parceiro privado é remunerado pelas tarifas pagas diretamente pelo usuário, sem que sejam necessários aportes orçamentários regulares do poder público.

Já no modelo de parceria público privada patrocinado a legislação regulamenta que, parte dos recursos deve vir do governo e, a outra, dos usuários, isso quando as tarifas cobradas dos usuários não são satisfatórias para compensar os investimentos realizados pelo parceiro privado. Sendo assim, na concessão patrocinada, o poder público, em adição às tarifas cobradas dos usuários, complementa a remuneração do parceiro privado por meio de aportes regulares de recursos orçamentários (contraprestações do poder público).

Por fim, foi desenvolvido o modelo de PPP administrativa, com um olhar especial para a política pública de saúde em função do contexto do serviço de interesse público a ser prestado pelo parceiro privado, onde não é possível (ou não é conveniente) a cobrança de tarifas dos usuários destes serviços, em geral considerados elementares. Nesse caso, a remuneração do parceiro privado é integralmente proveniente de aportes regulares de recursos orçamentários do poder público com quem o parceiro privado tenha celebrado o contrato de concessão. Pela sua característica, é o modelo de PPP administrativo que exige uma maior atenção e cuidado em sua contratualização, sobretudo, requerendo um amplo planejamento financeiro do setor público, atrelado a uma robusta fiscalização dos serviços prestados. (TEIXEIRA, 2018).

Assim, os governos passaram a ter cada vez mais responsabilidades sobre a população, levando à necessidade de recorrer à iniciativa privada como parceira. Mas para compreender sua evolução, é preciso saber distinguir o modelo das PPP's de outros tipos de contrato entre o Estado e iniciativa privada.

Existe uma ampla diferença em concessão comum, privatização e parceria público-privada. Na Lei da Concessão (8.987/95) consta que a tarifa cobrada do usuário e outras receitas de administração já são suficientes para remunerar o prestador do serviço. Assim, o governo não precisa contribuir financeiramente. Essa é a definição, portanto, de uma concessão comum. O exemplo desse tipo de contrato é o de uma rodovia que, no modelo de concessão, depende dos recursos gerados pelos pedágios. (PARCERIAS., 2019).

As privatizações foram regulamentadas por outra Lei, a de número 9.491/1997, onde neste processo apresenta-se a venda de um bem público ou de uma empresa estatal para a iniciativa privada com um perfil definitivo, ou seja, uma consolidação de compra e venda. Todavia, as concessões e privatizações previstas nessas leis mostraram-se insuficientes e as demandas da sociedade brasileira precisaram ser atendidas com a criação das PPP's. Por conta destas questões, surge a Lei 11.079/2004, que regulamenta as parcerias e institui regras para que elas aconteçam. (PARCERIAS..., 2019).

Diante desta modernização na forma de atuar do poder público, essa legislação existe para viabilizar os investimentos em serviços e em obras para os cidadãos, todavia, existem ainda vários questionamentos diante das apropriações de seus mandatários (ou seja, quem são de fato os donos?). Nas privatizações, o que era um bem público passará a ser um bem privado. Quem adquire fica com os lucros e também com os prejuízos

O norteamento jurídico foi fundamental para a consolidação das PPP's, onde as concessões não transferem a propriedade, e pelo período de tempo do vínculo contratado, a empresa concessionária tem o direito de oferecer e de explorar o bem ou serviço concedido, e desta forma, nas PPP's o Estado é dono do bem. O contratado apenas presta um serviço pago pelo poder público. Para um aprofundamento e compreensão deste aspecto, é fundamental compreender a Lei 11.079/2004 sobre a regulamentação das PPP's. (LINS, 2018).

A Lei 11.079 promulgada em 2004, após mais de um ano de tramitação no Congresso Nacional, com um processo relativamente rápido, se compararmos com outros projetos de análise bem mais morosa por nossos parlamentares. Mas a urgência era um ponto em comum na época, tanto por parte do governo federal quanto pela pressão dos governos estaduais e municipais, através do estabelecimento dos Procedimentos de Manifestação de Interesse (PMI). O PMI é o instrumento utilizado pela iniciativa privada para sugerir uma parceria com o Estado, apontando os investimentos que teria capacidade, e intenção, em realizar no setor público. (MOTTA; MÃNICA; OLIVEIRA, 2018).

O Procedimento de Manifestação de Interesse aumenta a probabilidade de contratação da iniciativa privada pelo Estado, em um processo inverso. Dessa forma, o setor privado não fica esperando a abertura de uma chamada pública. O PMI viabiliza que as empresas apresentem um custo prévio do contrato, a modalidade a



ser adotada e as contrapartidas do poder público, com a definição de cláusulas cujos contratos são regulados pela legislação. É importante também frisar que o modelo de PPP permite segurança para ambos os lados (governo e setor privado) pois estabelece sistema de garantias para os envolvidos, dentre estas garantias está o valor mínimo e declarações de riscos.

Segundo Souza (2022), no contrato de PPP são descritos os termos que definem e envolvem o risco entre as partes. Isso significa que são formalizados itens que asseguram a todos os envolvidos uma garantia de execução e recebimentos, sem prejuízos, desde que sejam cumpridas as cláusulas acordadas. Um exemplo é a avaliação de desempenho atrelada a garantia para as empresas de que não vão receber um calote do Estado, mesmo em caso de dificuldades financeiras, através da estipulação do valor mínimo de segurança (uma espécie de “pisos” para que as parcerias sejam efetivadas foi regulamentada para que as PPP’s não fossem utilizadas indiscriminadamente).

O valor mínimo estipulado pela Lei das PPP’s é de R\$ 10 milhões. Para Mendes e Paiva (2017) a preocupação se justifica porque existe um endividamento público que encontra representação nas inúmeras contraprestações que cabem ao Estado nesses longos contratos. Analisando o cenário de forma ampla, é possível perceber que as PPP’s surgiram como uma via alternativa, e servem para que o Estado possa zelar pelo interesse da sua população, mas sem ir além dos limites do próprio orçamento.

Dentro do contexto macroeconômico, as restrições orçamentárias existentes no poder público também têm efeito, pois, acabam gerando uma demanda cada vez maior pelo aperfeiçoamento dos serviços oferecidos aos cidadãos e por obras que atendam à população. De um lado, as parcerias público-privadas têm como objetivo aliar o que existe de melhor dentro da iniciativa privada, com excelência nos serviços que pode oferecer, às necessidades do Estado. Por outro, é preciso haver prudência em sua aplicação

O modelo de PPP utilizado no Brasil tem inspiração no projeto que foi formalizado na Inglaterra na década de 1990. Nos Estados Unidos, grandes parcerias na área da saúde pública foram realizadas nas décadas de 1970 e 1980. (PARCERIAS., 2019.) Em uma análise prévia do impacto que as parcerias têm na economia do Brasil, a Radar PPP aponta que até 2018, existiam cerca de 1.500 projetos de parcerias público-privadas no país, e que naquele mesmo ano foram lançados mais de 160 novos Procedimentos de Manifestações de Interesses (PMI’s),

e durante o período de pico da pandemia de COVID-19 (de maio de 2020 a fevereiro de 2022), foram realizadas 398 manifestações, e destas, 315 foram consolidadas, isso apenas na área da saúde. (TERMOMENTRO..., 2023).

Um dos motivos que tem garantido o sucesso das PPP's é a existência de características bem claras, as quais são definidas por meio da Lei 11.079/2004. São estabelecidos critérios de prazo, onde o setor privado não ficará responsável pela obra por tempo indeterminado, sendo no mínimo cinco e no máximo 35 anos. Esse é o tempo em que o serviço ou a obra, por exemplo, serão administrados pela iniciativa privada, e depois desse período, o Estado é quem deverá cuidar dos ativos.

Nas regras, também existem controles sobre o modelo de remuneração, permitindo que as PPP's possam ser pagas inteiramente pelo Estado, ou pelo Estado em conjunto com a sociedade, no modelo de contraprestação, sendo importante frisar que o valor acertado em contrato só será disponibilizado após a conclusão dos serviços, em suas etapas previstas, pelas concessionárias.

Sodré, Bussinguer e Bahia (2018) trazem várias observações e contrapontos importantes em seus estudos para outras consolidações e normas das parcerias público privadas que permitiram sucesso nas implantações do modelo brasileiro, por exemplo, o fato de que nem todos os serviços disponíveis à sociedade podem ser supridos pelas parcerias, sobretudo dentro das políticas fundamentais como saúde, educação, segurança, etc., sendo vetado que os contratos tenham como único objetivo, por exemplo, o fornecimento de mão-de-obra, a instalação de equipamentos ou a execução da obra pública, ou seja: um setor como a saúde pública não pode, em caráter algum, ser 100% conduzido e ofertado através do modelo de PPP's.

Este ponto é importante uma vez que, obviamente, existe uma movimentação econômica relativamente volumosa em torno de serviços e empreendimentos deste tipo, mas, em contrapartida, também ocorre um significativo aumento da produção, o que instiga a competição no setor privado, permitindo uma melhora dos produtos oferecidos e a constante busca por aperfeiçoamento, como por exemplo, no setor de exploração logística e energética.

Por fim, através da análise e da consolidação do modelo de parceria público privada no Brasil, é possível, observar importantes pontos de melhorias geradas às políticas públicas nos últimos vinte anos, como: a ampla geração de investimentos e empregos; o incentivo à fiscalização e a transparência em contratos públicos; a significativa redução nos custos dos serviços por meio de fontes alternativas de

investimentos; o incremento de tecnologia e da profissionalização da gestão do serviço. (PARCERIAS., 2019).

O sucesso e competência do modelo brasileiro de PPP, aportado em uma robusta regulamentação para que as parcerias público-privadas funcionem da melhor forma possível, há pontos que precisam ser otimizados nesse tipo de contrato, uma vez que eles ainda não conseguem promover o amplo debate na esfera social sobre cada contrato, sendo por vezes executados em caráter excepcional, além dos constantes relatos e exemplos de fraudes e corrupção atrelados a contratos de PPP's, gerando déficit no caixa público em uma realidade em que a maioria dos gastos não é projetado no orçamento público, e a constante mercantilização do serviço público.

Assim, diante dos estudos realizados, esta pesquisa aponta para ampla necessidade de avaliar de maneira isenta e profissional o cenário de necessidades, interesses e intenções diante da realização de uma PPP, buscando entender melhor os impactos gerados, positivos e negativos, consciente de que em várias circunstâncias o modelo de PPP pode se apresentar enquanto uma solução ideal para as demandas das políticas públicas. Esta etapa da pesquisa também permite concluir que ainda se apresenta, enquanto melhor e mais apropriada modalidade de concessão em PPP para o atendimento às políticas públicas de saúde, o modelo administrativo de parceria público privada, tendo em vista o caráter único, social, integral e humano de garantia á vida, ao serviço de saúde público e especializado.

Uma política pública de saúde acessível, segura, e baseada e bons critérios de governança é fundamental para garantir os direitos humanos no Brasil. Ela permite o acesso à saúde para toda a população, independentemente de sua condição financeira ou social. Além disso, é responsável por implementar programas de prevenção e tratamento de doenças, além de fomentar a investigação científica e tecnológica na área da saúde.

Através, sobretudo, do modelo administrativo de PPP, a política pública de saúde ganhou avanços, trazendo para o setor público tecnologias antes somente disponíveis no setor privado, contribuindo para garantir a qualidade e eficiência dos serviços de saúde. Através dos estudos desta seção, o pesquisador conclui que quando corretamente planejadas e aplicadas, as PPP's ajudam em larga escala o setor público, diante do objetivo de tornar a saúde um direito fundamental e universal, protegido pelo Estado. Assim, com uma política pública de saúde eficiente, é possível

promover o bem-estar e a qualidade de vida da população, além de reduzir as desigualdades sociais.

## **4 O HOSPITAL NAIR ALVES DE SOUZA: HISTÓRIA, CRIAÇÃO E DESAFIOS NO SERTÃO DO NORDESTE PELO “HOSPITAL DA CHESF”**

A partir do cenário brasileiro da construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) as experiências em seu trajeto e os desafios implicados, o pesquisador volta seu olhar e motivação de pesquisa para apresentar os fatores motivadores da construção e consolidação da unidade de saúde Hospital Nair Alves de Souza, um hospital público criado na cidade de Paulo Afonso, pela Companhia Hidro Elétrica do São Francisco (CHESF), e que foi um dos símbolos da época de avanços da construção da companhia, durante o governo da ditadura militar. (SILVA, 2013).

Hoje, entregue para a gestão pública municipal, a unidade enfrenta diversos desafios para sua gestão, com um custo anual em cerca de 40 milhões de reais. Neste capítulo, o pesquisador apresentará a trajetória de consolidação desta unidade, mediante a estratégia do SUS, e o mesmo transitará entre as experiências encontradas e vividas na região, para o direcionamento e consolidação de uma proposta que seja estruturante e duradoura para aquela localidade, permitindo a continuidade das ações da política pública de saúde, e o pleno funcionamento do Hospital.

### **4.1 UM PERCURSO METODOLÓGICO PARA ESTA FASE DA PESQUISA**

Para o desenvolvimento da seção 4, que traz o contexto do objeto de pesquisa (a política pública de saúde através do HNAS) e uma análise do *lócus* e seus desdobramentos dentro das parcerias público privadas, foi preciso um novo alinhamento de cronogramas e ações metodológicas, que permitissem de maneira adequada a organização, em etapas, das ações necessárias para a concretização do objetivo geral e do terceiro objetivo específico deste estudo.

Para conhecer a fundo o processo de surgimento do HNAS, e seu imbricamento com a CHESF, o poder público e a cidade de Paulo Afonso, foram acessados presencialmente documentos de constituição da companhia, disponibilizados fisicamente pelo Centro de Documentação (CEDOC) da CHESF. A consulta, de forma presencial, ocorreu em vários dias nos meses de abril e maio de 2022, onde o pesquisador pode realizar anotações, escrever apontamentos, consultar tópicos e ter

acesso a documentos que permitiram a este a construção de um compêndio sobre o processo de instalação do HNAS, até seu repasse ao município e desmembramento da CHESF. Esta fase da investigação permitiu o desenvolvimento das subseções 4.2 e 4.3.

Em seguida, durante os meses de junho e julho de 2022, o pesquisador, após a compreensão e consolidação do processo de transição, se reportou à Secretaria Municipal de Saúde do Município de Paulo Afonso, para compreender os passos após recepção do HNAS, e que caminhos estavam sendo trilhados na gestão municipal para o acondicionamento desta unidade em sua estrutura.

Nesta fase, foi feito um amplo estudo da Lei municipal nº. 1.314 de 18 dezembro de 2015 (PAULO AFONSO, 2015), que dispõe sobre o programa municipal de organizações sociais, para encontrar um caminho, junto à lei brasileira de parceria público privada, para propor e apresentar um modelo de PPP moderno e passível de resolutividade para o impasse aportado a gestão do HNAS. Por fim, foram realizadas visitas *in loco* ao Hospital Municipal de Paulo Afonso (HMPA) que teve sua estadualização aprovada em abril de 2022 através de um modelo de PPP estabelecido em um consórcio com o Estado da Bahia, as Organizações Sociais Irmã Dulce e a Prefeitura de Paulo Afonso. Este trajeto permitiu a elaboração da subseção 4.4, e por fim, a concretização do produto desta pesquisa.

#### 4.2 A COMPANHIA HIDROELÉTRICA DO SÃO FRANCISCO: CAMINHOS ATÉ A PRIVATIZAÇÃO

Primeira empresa pública de eletricidade do país, a Chesf surgiu com o objetivo de promover o aproveitamento do potencial energético da cachoeira de Paulo Afonso, situada no rio São Francisco entre os estados de Alagoas e Bahia. Esse potencial já era conhecido desde os tempos de Delmiro Gouveia, famoso industrial nordestino que ali instalara em 1913 uma pequena usina para movimentar sua fábrica de fios e linhas. Trinta anos depois, a construção de uma grande central geradora em Paulo Afonso foi apresentada pelo ministro da Agricultura, Apolônio Sales, como solução definitiva para o problema energético do Nordeste, região precariamente servida por pequenas usinas termelétricas. (QUEIROZ, 2012).

Em abril de 1944, o ministro encaminhou ao presidente Getúlio Vargas o anteprojeto de criação da Chesf, justificando o empreendimento como obra-chave

para o desenvolvimento do Nordeste. Apolônio Sales também frisou a necessidade de deter o acelerado desequilíbrio entre o Nordeste e o Sudeste como um “imperativo da unidade nacional”. Seu plano original previa o aproveitamento múltiplo das águas do São Francisco, associando a produção de energia a projetos de irrigação e navegação, como vinha sendo feito nos EUA pela *Tennessee Valley Authority* (TVA). (CHESF, 2018)

A proposta de criação da Chesf foi aceita por Vargas, apesar de objeções do Conselho Nacional de Águas e Energia Elétrica (CNAEE) e da oposição do Conselho Técnico de Economia e Finanças. Juntamente com o Decreto-Lei n.º 8.031 que autorizou o Ministério da Agricultura a promover a organização da empresa, o presidente promulgou o Decreto-Lei n.º 8.032, abrindo crédito especial para subscrição de suas ações, e o Decreto n.º 19.706, fixando suas atribuições e obrigações como concessionária de energia elétrica. (SILVA, 2013)

A Chesf recebeu concessão pelo prazo de 50 anos para efetuar o aproveitamento industrial progressivo da energia hidráulica do São Francisco no trecho compreendido entre Juazeiro (BA) e Piranhas (AL), bem como autorização para fornecer energia elétrica em alta tensão aos concessionários de serviços públicos de uma ampla região do Nordeste e, respeitados os direitos de terceiros, realizar a distribuição direta de eletricidade. A área de atuação da companhia foi delimitada por um círculo de 450km de raio em torno de Paulo Afonso, abrangendo 347 municípios dos estados do Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas e Sergipe, que somavam 516 mil km<sup>2</sup>, situados em grande parte no Polígono da Seca. (CHESF, 2018)

A organização da Chesf foi retardada pela deposição de Vargas em outubro de 1945, mas acabou merecendo apoio integral do presidente Eurico Dutra e do ministro da Agricultura, Daniel de Carvalho. A empresa foi constituída em 15 de março de 1948 em assembleia geral no Rio de Janeiro. O governo federal contribuiu com metade do capital inicial, subscrevendo todas as ações ordinárias. As preferenciais foram subscritas, em sua maior parte, pelos governos da Bahia, de Pernambuco, Alagoas e Sergipe, sendo integralizadas com a participação de institutos de previdência federais.

Eleita a primeira diretoria, Antônio José Alves de Sousa assumiu o posto de presidente, tendo como principais auxiliares os engenheiros Otávio Marcondes Ferraz, Carlos Berenhauser Júnior e Adozindo Magalhães de Oliveira que ocuparam as diretorias técnica, comercial e administrativa, respectivamente. Alves de Souza esteve

à frente da companhia durante 13 anos, falecendo em pleno exercício do cargo de presidente. Seu sucessor, Apolônio Sales, também presidiu a companhia durante longo período (1962-1974). A sede da Chesf funcionou no Rio de Janeiro até 1975, sendo então transferida para Recife. (CHESF, 2018).

A situação econômico-financeira da Chesf e das demais empresas de energia elétrica foi bastante afetada nos anos 1980 pela política de contenção tarifária do governo e pelo esgotamento dos mecanismos de captação de recursos externos, tanto para investimentos como para a própria rolagem da dívida. O adiamento de obras de geração e transmissão acarretou crescentes problemas operacionais para a Chesf, culminando com rigoroso racionamento entre março de 1987 e janeiro de 1988 em todo o Nordeste. O racionamento teve como causas determinantes um longo período de estiagem no São Francisco e o atraso de obras prioritárias, notadamente a usina de Itaparica, localizada no mesmo rio a montante de Paulo Afonso, e o segundo circuito da linha Tucuruí-Presidente Dutra. (CHESF, 2018).

Além do impacto ambiental, a barragem de Itaparica atingiu diretamente 36 mil habitantes de áreas inundadas pelo reservatório. Em protesto contra a política de remanejamento adotada pela Chesf, pequenos agricultores de Petrolândia (PE) e localidades vizinhas chegaram a invadir o canteiro de obras da usina em dezembro de 1986. Itaparica entrou em operação em junho de 1988, completando 1.500MW de potência em 1990. No ano seguinte, com apoio do Banco Mundial, a empresa acelerou a implantação de projetos de irrigação para a relocação da população rural. (QUEIROZ, 2012).

Xingó, maior usina do sistema Chesf, também sofreu uma série de contratemplos no processo de construção. Localizada no trecho final do cânion do rio São Francisco, entre os estados de Alagoas e Sergipe, hidrelétrica acrescentou 3 mil MW de potência ao sistema gerador da companhia. As privilegiadas condições do aproveitamento permitiram a previsão de um custo bastante baixo de implantação com impacto social quase nulo, pois o reservatório de Xingó inundaria áreas praticamente desabitadas e sem exploração agrícola. As obras iniciadas em outubro de 1987 foram interrompidas dois anos depois por falta de pagamento às empreiteiras. (CHESF, 2018).

Dada a importância vital da usina para o atendimento do mercado de energia elétrica nordestino, o governo Fernando Collor de Mello autorizou a retomada da construção de Xingó em junho de 1990. A decisão de levar adiante o empreendimento



foi tomada em meio à grave crise financeira do setor de energia elétrica que acarretou a paralisação ou adiamento de vários projetos de geração e transmissão do grupo Eletrobrás. Os escassos recursos financeiros da *holding* foram canalizados quase integralmente para a usina de Xingó. (SILVA, 2013).

Em maio de 1995, o presidente Fernando Henrique Cardoso assinou o Decreto nº 1.503 que incluiu a Chesf no Programa Nacional de Desestatização (PND) juntamente com a Eletrobrás e as demais empresas geradoras controladas pela holding federal. O Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), órgão gestor do PND, assumiu a condução dos estudos para modelagem de venda da companhia. (QUEIROZ, 2012).

A Chesf perdeu cinco concessões de aproveitamentos hidrelétricos nos rios São Francisco e Jequitinhonha, em decorrência da legislação sobre as concessões dos serviços públicos aprovada em fevereiro de 1995.

O processo de privatização do setor de energia elétrica começou com a venda das duas empresas distribuidoras pertencentes ao grupo Eletrobrás: a Espírito Santo Centrais Elétricas (Escelsa) e a Light, leiloadas em julho de 1995 e maio de 1996. Também em 1996, o Ministério de Minas e Energia (MME) iniciou os estudos do chamado Projeto de Reestruturação do Setor Elétrico (RE-SEB) com a participação de consultores internacionais e técnicos da Eletrobrás e outras empresas públicas e privadas. Outro passo importante para a reforma do setor foi a criação da Agência Nacional de Energia Elétrica (Aneel), instituída por lei em dezembro de 1996. A nova agência começou a funcionar como órgão regulador e fiscalizador dos serviços de eletricidade do país um ano mais tarde. (CHESF, 2017)

Em outubro de 1997, a Medida Provisória nº 1.531 autorizou o desmembramento dos ativos de geração e transmissão das empresas do grupo Eletrobrás, atendendo a uma das recomendações da proposta do consórcio de consultores estrangeiros para a reordenação institucional do setor. Segundo a proposta, a segregação da indústria de energia elétrica em unidades de negócio independentes (geração, transmissão, distribuição e comercialização) permitiria fomentar a competição na geração. De imediato, o governo transferiu o controle das usinas da Eletrosul para uma nova empresa, denominada Centrais Geradoras do Sul do Brasil (Gerasul). (CHESF, 2018).

Em maio de 1998, após sucessivas reedições, a Medida Provisória nº 1.531 foi convertida na Lei nº 9.648 (BRASIL, 1998), autorizando a reestruturação do grupo Eletrobrás. No caso da Chesf, a lei permitiu a cisão da companhia em duas empresas de geração e uma de transmissão, tendo em vista a venda em separado de suas usinas. Na época, a Chesf era a maior empresa brasileira em termo de capacidade instalada. Seu parque gerador somava 10.700 MW de potência, de base predominantemente hidráulica. Disponha de 16 mil quilômetros de linha de transmissão e vendia energia para todas as concessionárias distribuidoras e dez consumidores industriais de grande porte no Nordeste, além de realizar o intercâmbio de excedentes com a Eletronorte. (SILVA, 2013).

Peça básica da reforma setorial, a Lei nº 9.648 (BRASIL, 1998), instituiu o Mercado Atacadista de Energia Elétrica (MAE) com a função de intermediar e registrar todas as transações de compra e venda de energia nos sistemas interligados e o Operador Nacional do Sistema Elétrico (ONS) como organismo sucessor do GCOI nas atividades de coordenação e controle da operação das instalações dos sistemas interligados. A Aneel foi incumbida de estabelecer a regulamentação do MAE, coordenar a assinatura do acordo de mercado entre os agentes do setor e definir as regras de organização do ONS.

A nova legislação também determinou a assinatura dos chamados contratos iniciais entre geradoras e compradores de energia com nove anos de duração. Os volumes de energia dos contratos iniciais deveriam ser reduzidos gradualmente entre 2003 e 2006, com o objetivo de permitir a completa liberação do mercado ao final do período. Qualquer diferença entre o montante produzido pela geradora e o contratado com a distribuidora deveria ser compensado por transações no mercado de curto prazo (mercado spot). (CHESF, 2018).

Entre as várias compensações ambientais e sociais que envolvem, por lei, a implantação de um complexo gerador de energia como a CHESF, esteve presente, desde o início das obras do projeto, a criação e fornecimento de infraestrutura básica para a manutenção de seus operários, sobretudo, para as centenas de pessoas atraídas de todas as partes do país para a consolidação de uma obra deste porte. Assim, durante trinta anos a CHESF consolidou estruturas pujantes como um acampamento para seus operários e engenheiros, com toda infraestrutura urbana necessária (pavimentação, água potável, energia, saneamento) e, em certo modo,

muito avançada para a época, com ruas, bairros e avenidas bem projetados, casas e escolas padronizadas com construções seguras. (SILVA, 2013).

Assim, a CHESF se torna a maior consolidadora do que é hoje a cidade de Paulo Afonso, na Bahia, que herdou deste período de implantação da empresa um amplo conjunto urbano, dotado de clubes, praças, escolas, espaços verdes, mercados, terminais urbanos rodoviários, um importante Hospital de média e alta complexidade, o HNAS, além de um aeroporto com boa estrutura, em operação até os dias atuais. Sem dúvidas, a CHESF é, de fato, a precursora de Paulo Afonso, que com apenas 64 anos de fundação, se destaca como um dos principais municípios do país, chegando em 2023 com uma população estimada em 119.845 habitantes, estando entre as dez maiores da Bahia. (IBGE, 2023).

No ano 2000, como parte da concretização plano nacional de desestatização do Sistema Eletrobrás, responsável por 85% da geração e distribuição de toda energia elétrica no país, ampliado e consolidado no governo de Jair Bolsonaro (PL) foi concretizado o programa de privatização da CHESF, iniciado em 2018.

A privatização de parte da CHESF ocorreu como parte do processo de privatização de empresas estatais brasileiras nos anos 1990 e 2000. A venda foi realizada através de leilão público, e a empresa foi vendida para um consórcio obtido por empresas de capital estrangeiro chamado “Consórcio Oliva”. O objetivo da privatização era aumentar a eficiência e a competitividade da empresa, além de gerar receita para o governo. (CHESF, 2017).

Com parte do processo de privatização questionado pela bancada do Partido dos Trabalhadores (PT) e dos partidos de oposição, o processo foi suspenso, mas, parte da CHESF passou a ser administrada pelo consórcio de empresas chinesas “Voith Hydra”, para iniciar o processo de modernização do complexo de Paulo Afonso (usinas 1, 2, 3 e 4).

Com isso, em 2016, como parte do programa de desestatização, passou a ser debatida e colocada em pauta a transferência do Hospital Nair Alves de Souza para outra gestão, seja ela estadual ou municipal, uma vez sendo esta uma das obrigações (etapas) previstas no processo de desestatização. Teve início uma grande jornada de discussões em nível político, que nos últimos anos, levaram ao sucateamento da unidade hospitalar, trazendo grandes prejuízos para a população. (CHESF, 2017).

### 4.3 A CIDADE DE PAULO AFONSO, A CHESF E O HNAS: FIM DE UMA ERA E DIFICULDADES NA TRANSIÇÃO DE GESTÃO DA UNIDADE

Compreender os passos da formação local, e remontar o papel do Hospital Nair Alves de Souza junto ao seu público, é o caminho escolhido pelo autor para a construção do campo e trajetória para a linha de projeto escolhido: promover uma parceria público privada para a manutenção e continuidade do HNAS.

Para isso, serão analisados: seu trajeto, sua formação, capacidades e potenciais, conhecimentos de experiências locais e regionais para sua manutenção.

A cidade de Paulo Afonso é um município brasileiro, localizado na região Norte da Bahia, fazendo limite com os estados de Alagoas, Pernambuco e Sergipe, a 480 Km da capital Salvador. Em meados do século XVIII era habitado por portugueses que, chefiados por Garcia d'Ávila, subiram o rio São Francisco chegando onde hoje está localizada a cidade. Em 3 de outubro de 1725, o sertanista e jesuíta Paulo Viveiros Afonso, recém ordenado Padre, recebeu, por alvará, uma sesmaria medindo três léguas de comprimentos por uma de largura. Não se conformando com a área que recebeu, o donatário ocupou, além das ilhas fronteiras, as terras baianas existentes na margem direita, onde construiu um arraial que, posteriormente, se transformou na Tapera de Paulo Afonso. (CHESF, 2017).

O lugarejo, ainda enquanto vila e tapera, já era expressivo núcleo demográfico do município de Glória, cidade vizinha que administrava o distrito, quando o Governo Federal, em 15 de março de 1948, criou a Companhia Hidrelétrica do São Francisco, com a finalidade de aproveitar a energia da Cachoeira de Paulo Afonso.

As expedições, que iniciaram em 1553 a penetração do rio São Francisco, estão ligadas a história da Cachoeira de Paulo Afonso. Nos séculos XVI e XVII, de acordo com os arquivos de Portugal e do Brasil, a Cachoeira era conhecida como "Sumidouro" ou "Forquilha", passando a ter a atual denominação após a concessão de uma sesmaria a Paulo Viveiros Afonso, através do Alvará de 3 de outubro de 1725. Foi Delmiro Gouveia o pioneiro que, em 26 de janeiro de 1913, inaugurou uma pequena usina de 1.500 HP (potência média da época), hoje paralisada, e fez transportar energia elétrica de Paulo Afonso para a localidade de Pedra, atual Cidade de Delmiro Gouveia, sede do município de igual nome, desmembrado do de Água Branca, em Alagoas. (SILVA, 2013).

A principal característica das Usinas Hidroelétricas de Paulo Afonso é de terem sido as primeiras usinas subterrâneas instaladas no Brasil. A Companhia Hidroelétrica do São Francisco foi constituída em 15 de março de 1948 com a missão de prover energia para grande parte da região Nordeste, mediante o aproveitamento do potencial hidrelétrico da cachoeira de Paulo Afonso, no rio São Francisco. Tratava-se de empreendimento chave para a superação do déficit energético do Nordeste, na época, atendido precariamente por sistemas elétricos de pequeno porte, dependentes em larga medida da geração termelétrica. (SILVA, 2013).

A criação da Chesf foi proposta no final do primeiro governo Vargas ao tempo em que a intervenção do Estado ganhava relevância em setores importantes da economia brasileira. O primeiro a utilizar a força da cachoeira foi o industrial cearense Delmiro Gouveia que ali instalou uma pequena usina em 1913 para movimentar sua fábrica de fios e linhas. (CHESF, 2018)

Dele partiu a proposta de criação da Chesf como empresa pública responsável pelo empreendimento, sob o controle da União. Em abril de 1944, Apolônio Sales apresentou a Vargas o anteprojeto de criação da Chesf, com capital inicial de 400 milhões de cruzeiros, prevendo a instalação de 112 megawatts como meta inicial da empresa. Apolônio Sales defendeu ardorosamente a criação da Chesf, obtendo o apoio de Vargas, não obstante a oposição do Conselho Técnico de Economia e Finanças, órgão consultivo do ministério da Fazenda, e de membros da Comissão de Planejamento Econômico, como o economista Eugênio Gudín, conhecido defensor da iniciativa privada. (SILVA, 2013).

Em 3 de outubro de 1945, o presidente da República assinou o Decreto-Lei n 8.031, que autorizou a organização da Chesf pelo Ministério da Agricultura, e o Decreto-Lei n 8.032, que abriu ao Ministério da Fazenda o crédito especial de 200 milhões de cruzeiros para a subscrição de ações ordinárias da companhia. (CHESF, 2018)

Pelo Decreto nº 19.706, promulgado na mesma data, a empresa obteve concessão por cinquenta anos para efetuar o aproveitamento progressivo de energia elétrica do trecho do rio São Francisco entre Juazeiro-BA e Piranhas-AL, fornecer energia em alta tensão a concessionários de serviços públicos e, respeitados os direitos de terceiros, realizar a distribuição de eletricidade. A área de atuação da Chesf foi delimitada por um círculo de 450 quilômetros de raio em torno de Paulo Afonso, abrangendo inicialmente 347 municípios dos estados do Piauí, Ceará, Rio

Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe e Bahia, que somavam 516 mil km<sup>2</sup>, situados em grande parte no Polígono das Secas. (SILVA, 2013).

A organização da Chesf foi retardada pela deposição de Vargas em 29 de outubro de 1945, permanecendo sob compasso de espera por dois anos até receber o apoio resolutivo do presidente Eurico Gaspar Dutra e do ministro da Agricultura, Daniel de Carvalho. Em outubro de 1947, finalmente, o engenheiro Antônio José Alves de Souza foi convocado para estruturar a companhia, elaborando o documento conhecido como Manifesto da Chesf (CHESF, 2018)

O documento previu a instalação inicial de 110 MW na usina de Paulo Afonso e de duas linhas primárias de transmissão, uma até Recife e outra até Propriá - SE, de onde partiriam linhas secundárias para Maceió e Aracaju. O impasse foi resolvido em 1 de dezembro de 1947, quando o presidente Dutra lançou a campanha de subscrição de ações da Chesf, declarando que autorizaria as operações de crédito necessárias para extensão das linhas de transmissão à Bahia e à Paraíba. Em março de 1948, a Chesf foi constituída em assembleia geral de acionistas realizada no Rio de Janeiro, sede inicial da companhia. (SILVA, 2013).

As obras de Paulo Afonso I foram realizadas diretamente pela Chesf sem a participação de firmas empreiteiras. A Chesf enfrentou um momento crítico em abril de 1954 quando o Banco Mundial, financiador da obra, manifestou discordância com a solução proposta por Marcondes Ferraz para o desvio do braço principal do São Francisco. (CHESF, 2017)

Em 15 de janeiro de 1955, em solenidade que contou com a presença do presidente João Café Filho, a Chesf inaugurou a usina de Paulo Afonso I, marco inicial das realizações da empresa no campo da geração de energia elétrica. Desde então, a Chesf assumiu um papel de ponta no setor elétrico brasileiro, contribuindo decisivamente para a implantação da infraestrutura básica de eletricidade do Nordeste. Já no século XXI, a companhia expandiu sua área de atuação, firmando parcerias para a consecução de grandes empreendimentos nos setores de energia eólica e solar. (CHESF, 2018)

A construção da CHESF, de maneira efetiva, impactou no desenvolvimento e crescimento do município de Paulo Afonso, bem como, em toda a região. Até 1955, ainda enquanto um distrito do município de Glória, Paulo Afonso, devido as obras das usinas, já contava com uma população de aproximadamente 7.000 habitantes, enquanto a sede, Glória, possuía 6.500. Com o desenvolvimento e avanço das obras,

e o grande número de imigrantes de todo o país, que vinham para trabalhar nas obras, decidiu-se por emancipar a cidade em 1958, tornando-se município de Paulo Afonso. (SILVA, 2013).

Todavia, essa gama de investimentos e desenvolvimento gerados em tão curto espaço de tempo, trouxe grandes desafios e problemas sociais. Nasciam, paralelamente, duas cidades de Paulo Afonso: uma, dentro dos muros do acampamento das obras da CHESF, que aos poucos ia contando com toda uma infraestrutura de escolas, clubes, aeroporto, ambulatórios, hospitais, saneamento, urbanização, pavimentação, água potável e todos os serviços indispensáveis a uma cidade bem estruturada, e do outro, fora dos limites do acampamento, nascia a cidade formada por centenas de imigrantes, em busca de uma oportunidade, completamente desprovida de serviços ou atenção pública. (SILVA, 2013).

A cidade projetada dentro do acampamento da Chesf, além de todos os serviços já listados, era planejada para promover qualidade de vida, bem-estar e saúde para uma população de aproximadamente 30 mil pessoas, número estimado pela CHESF para o ápice das obras. Havia-se, também, muitas especulações sobre a pujança e desenvolvimento de Paulo Afonso, pois muitos acreditavam que uma vez finalizadas as obras de instalação das quatro usinas da CHESF, todo o investimento e as pessoas iriam embora. (SILVA, 2013).

Não ocorreu! A cidade continuou paulatinamente se desenvolvendo e atraindo novos investimentos, em vários outros setores. Mas, principalmente, através do estabelecimento de um comércio forte, e com a intensa circulação de pessoas que vinham sobretudo do eixo sul e sudeste, entre engenheiros e empresários, muitos decidiram por se consolidar, se manter e investir em empreendimentos em Paulo Afonso, que aos poucos, foi se transformando em um importante polo regional para os mais variados serviços. (SILVA, 2013).

No campo da saúde, o Hospital Nair Alves de Souza se demarca enquanto a primeira política pública de atenção social e regional para esta região. Iniciou suas atividades em maio de 1953, como um pequeno Ambulatório para atendimento dos operários e funcionários da CHESF. Com o constante crescimento das obras, e ampliação expressiva do número de operários, entre os anos de 1955, 1958 e 1963, foram feitas várias reformas pela companhia para atender à novas demandas.

Em julho de 1965, após quatro grandes reformas, o Ambulatório da CHESF passou a se chamar Hospital Nair Alves de Souza (HNAS), homenageando uma das

suas primeiras médicas, a Dra. Nair, então esposa do Presidente da Chesf, o Engenheiro Alves de Souza.

Previsto inicialmente para atuar com atendimentos de baixa e média complexidade, um ano após, em 1966, o HNAS passa a atender também a parte dos serviços de alta complexidade, além do serviço de urgência e emergência. Assim, o HNAS passa a ser , em um raio de 85 km, o único Hospital Público, mantido por uma empresa estatal do governo federal, abrangendo 4 estados (Bahia, Pernambuco, Sergipe e Alagoas), atendendo a 18 municípios, e uma população aproximada de 300 mil habitantes, em uma época em que a cidade de Paulo Afonso já figurava com uma média de 25 mil habitantes.

Assim, por mais de cinquenta anos, o HNAS foi gerido pela CHESF, e totalmente custeado por esta, com recursos da União, se configurando como a principal contribuição da companhia para o desenvolvimento social do município e de toda a região.

O Hospital Nair Alves de Souza foi assim a primeira política pública efetiva, do governo federal, a se consolidar para a população local, e em anos de experiência transformou esta unidade em um centro de referência em saúde, oferecendo atendimento médico de qualidade, de média e alta complexidade, acessível à população.

O HNAS e foi, e é responsável por atender pacientes com diversas condições médicas, incluindo emergências e doenças crônicas. Além disso, o hospital conta com profissionais altamente qualificados e tecnologia de ponta, o que permite que ele tenha um tratamento eficaz e seguro. A presença de um hospital deste porte na região também é importante para a economia local, pois gera emprego e atrai investimentos. Em resumo, o HNAS é um ator fundamental para a saúde e o desenvolvimento da cidade de Paulo Afonso, na Bahia, e todos os municípios do entorno.

Em 2014, na gestão do então Prefeito de Paulo Afonso, Anilton Bastos Pereira (PODEMOS), foram iniciadas as discussões sobre a transferência da gestão do HNAS para o município. Uma vez que, àquela época, acabava de ser instalado no município um Campus da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), com a oferta do curso de Medicina. Assim, a perspectiva em pauta seria o repasse da gestão do HNAS para a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). (PAULO AFONSO, 2022)



A EBSEERH é uma empresa pública federal vinculada ao Ministério da Educação. Foi criada por meio da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, como uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação (MEC), com a finalidade de prestar serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como prestar às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública. (BRASIL, 2018)

Ela é responsável por contratar, capacitar e desenvolver os profissionais de saúde, e também por garantir a qualidade dos serviços prestados aos pacientes. Funciona como uma empresa pública, com diretoria executiva, conselho de administração e estrutura de gestão. A empresa tem autonomia administrativa e financeira, mas está vinculada ao Ministério da Educação, que é responsável por regulamentar as suas atividades. Desde sua criação, tem colaborado amplamente com o objetivo de modernizar e administrar os hospitais universitários federais do Brasil, alcançando significativa melhoria para o atendimento à população e o ensino e pesquisa em saúde. (BRASIL, 2018)

Os debates para a efetivação e repasse do HNAS para a EBSEERH duraram em torno de dois anos (2014 e 2015) quando foi firmado um acordo envolvendo o Governo do Estado da Bahia, a Prefeitura Municipal de Paulo Afonso e a EBSEERH, regido pelo termo de acórdão nº 145/2015, registrado pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação, onde o Estado da Bahia e a Prefeitura Municipal teriam o prazo de 2 anos (entre janeiro de 2016 e dezembro de 2017) para realizar melhorias significativas na infraestrutura do hospital, além da modernização dos equipamentos, com o objetivo de deixá-lo apto para as demandas de uma unidade hospitalar universitária. Após estas melhorias, a unidade, sua gestão e custos de manutenção seriam de ordem da EBSEERH.

Todavia, em 2017, ocorreram problemas quanto a consolidação dos acordos e propostas selados com a EBSEERH e o Ministério da Educação, de maneira que com o não cumprimento das propostas, em um amplo debate sobre quem financiaria as melhorias (se estado ou município) acabou não se concretizando a transferência para a gestão da EBSEERH. Com isso, a CHESF entra com uma medida cautelar no ministério público federal, sob o processo nº 14.123.005/2018 para garantir que, diante do impasse, fosse decidido para quem deveria ser outorgada a responsabilidade

sobre o HNAS, tendo em vista a alegação de impossibilidade da Companhia continuar sendo a única e exclusiva mantenedora da unidade hospitalar.

Vários foram os prejuízos pela não consolidação da transferência do HNAS para a EBSEH. Tendo em vista sua vinculação ao Ministério da Educação, com a finalidade de prestar serviços de assistência médico-hospitalar ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade no âmbito do SUS, ela é detentora de grande capacidade técnica, o que poderia permitir a melhoria dos serviços prestados pela unidade.

A destarte, a sua incorporação traria para cidade de Paulo Afonso e região um novo fluxo social e econômico de estudantes de medicina de outras unidades da UNIVASF, e até mesmo de outras instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres, em busca da continuidade de sua formação, com serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública.

Dada a sua finalidade, a EBSEH garantiria que o HNAS continuasse, também, sendo mantido com recursos 100% provenientes da União, cumprindo o dever de prestar serviços de assistência à saúde de forma integral e exclusivamente inseridos no âmbito do SUS, observando a autonomia universitária. Ou seja, não haveria nenhum tipo de oneração ao erário estadual e municipal.

Outro ponto positivo, caso o HNAS fosse incorporado a EBSEH, é que os serviços assistenciais prestados por essas instituições à sociedade e sua capacidade de trabalho são criteriosamente redimensionados para atender às necessidades regionais, e melhorar a sustentabilidade econômico-financeira desses hospitais. Uma vez que os hospitais universitários federais fazem parte da rede SUS e, com sua incorporação à EBSEH, houve um claro movimento de ampliação da oferta de serviços à sociedade preenchendo os vazios assistenciais, e ampliando sua inserção no SUS com a cobertura de demandas sensíveis aos gestores locais do sistema.

Com a assunção em 2017 do então eleito prefeito Luiz Barbosa de Deus (PSD) ao executivo municipal, para mandato até o ano de 2020, o debate foi amplo e extenso, com vários recortes no campo jurídico, onde nestes quatro anos a CHESF foi gradualmente reduzindo sua participação na gestão e financiamento da unidade, ampliando o sucateamento da unidade hospitalar e também a gradual redução de serviços e atendimentos ofertados a comunidade. (PAULO AFONSO, 2022).

Até que em janeiro de 2021 a Prefeitura de Paulo Afonso passou a ser a principal gestora do Hospital Nair Alves de Souza, através de um acordo tripartite entre federação, estado e município, já que a Companhia Hidroelétrica do São Francisco encerrou definitivamente seu ciclo de administração da unidade hospitalar, focando somente na geração de energia. Foram acordados aportes anuais de 14 milhões de reais, por ano, pelos governos federal e estadual. O restante do custeio, algo na ordem de 26 milhões ficaria a cargo da prefeitura.

Assim foram trilhados novos rumos na direção da unidade, que é referência para toda a região. A Prefeitura assumiu o HNAS em um momento delicado, onde a unidade, que já estava sucateada, possuía instalações que necessitavam de reformas urgentes, e uma imensa população a espera para ser atendida.

Reeleito para novo mandato entre 2021 e 2024, o prefeito Luiz de Deus assumiu o compromisso, frisando que seria necessário ao município obter um aporte maior por parte do Ministério da Saúde e do Estado da Bahia, visto que o ente federativo menor é o município. Já no primeiro ano (2021) ficou evidente que os recursos do erário municipal, estimados em 26 milhões anuais pelo município, não seriam suficientes para a continuidade e regularidade do custeio das operações do HNAS, fruto de uma análise e projeção erradas das necessidades, projetos e demandas de recuperação alocados a unidade hospitalar.

Assim, o Hospital Nair Alves de Souza, que já figurou entre os melhores hospitais de alta complexidade do Brasil, dá continuidade ao processo de restrição na oferta de serviços, limitações de operação e de renovação da infraestrutura, ocasionando transtornos à garantia de execução da política pública de saúde, precarizando atendimento da população mais carente. Diante deste cenário, novas possibilidades começam a ser colocadas em pauta para a recuperação e reorganização do HNAS.

#### 4.4 A CONSTRUÇÃO DE UM MODELO DE PPP PARA A GESTÃO DO HNAS: O FUTURO DA POPULAÇÃO NAS MÃOS DE UM PROCESSO DE BOA GOVERNANÇA

Diante do processo histórico conceitual encontrado pelo pesquisador, dos embates e caminhos percorridos pelos desafios para otimizar e compor a gestão do HNAS, decidiu-se, diante do aprofundamento dotado ao entendimento do papel das

parcerias público privadas e seus benefícios, sobretudo, na gestão de unidades hospitalares, optou-se pela construção de uma proposta de PPP que coubesse dentro dos parâmetros exigidos pela boa governança, diante da realidade do erário municipal.

Segundo Mendes e Paiva (2017) a boa governança é crucial para qualquer sociedade que deseje promover seu desenvolvimento econômico e o bem-estar de seu povo. No nível mais básico, governança significa a capacidade de estabelecer metas para a sociedade, bem como a capacidade de desenvolver programas que permitam atingir esses objetivos.

A governança também exige uma implementação eficaz e os meios para criar coerência entre todas as numerosas atividades dos governos que trabalham com seus aliados no setor privado. Por fim, a boa governança requer meios para responsabilizar os dirigentes pelo desempenho de todas essas atividades e assegurar que o setor público seja suficientemente transparente para permitir que a sociedade e a mídia observem o que está sendo feito e por quê (GUIA..., 2018).

A boa governança no setor público é um conceito que se refere à prática de um governo ético, responsável e transparente, que atua com eficiência e eficácia na gestão dos recursos públicos. Ela é composta por uma série de valores e princípios, como a integridade, a responsabilidade, a transparência e a participação cidadã, que orientam a atuação dos servidores públicos e dos órgãos do Estado. (MATIAS-PEREIRA, 2010).

Assim, para construir uma boa governança, segundo Pannunzio e Naves (2014) pelo menos dois elementos são cruciais. O primeiro é um conjunto de instituições que pode moldar a maneira pela qual as decisões são tomadas e fornecer alguma legitimidade para as ações implementadas pelo setor público. Além de fornecer legitimidade, nos melhores casos essas instituições também promovem a eficácia e ajudam a realizar as difíceis tarefas envolvidas na governança.

Segundo os autores, ela é fundamental para garantir a confiança da sociedade nas instituições públicas, e para assegurar o uso correto e eficiente dos recursos públicos. Ela também é fundamental para promover a justiça social, a equidade e a democracia, e para garantir o acompanhamento da atuação do Estado na promoção do bem-estar da população. Por isso, baseia-se em diversas práticas e ações, como a transparência na gestão dos recursos públicos, a responsabilização dos servidores públicos e órgãos do Estado, a participação cidadã na tomada de decisões e no

seguimento da fiscalização e controle social. Além disso, a boa governança também envolve a implementação de medidas para prevenir e combater a corrupção, e garantir a integridade e a responsabilidade dos servidores públicos.

Todas as instituições do setor público são importantes para a boa governança, mas a burocracia pública pode ser especialmente importante. Assim, o segundo elemento crucial para a boa governança são as pessoas que trabalham no setor público. A burocracia não apenas realiza o trabalho de implementação de políticas públicas, como também fornece assessoria a líderes políticos e fornece uma memória institucionalizada das políticas e da administração. Apesar de muitas pessoas dentro e fora do governo denegrirem a burocracia, ela é crucial para a boa governança. (SANTOS, 2017).

Diante do histórico de parcerias público privadas elencadas nos documentos ao qual teve acesso o pesquisador, decidiu-se por, em primeira instância, realizar uma análise ampla sobre a Lei nº. 1.314, de 18 dezembro de 2015 (PAULO AFONSO, 2015), que trata e dá caminhos para a atuação de PPP's no âmbito do município, sobretudo, através da atuação de organizações sociais, de cunho privado.

Assim, para propor qualquer projeto de atuação em uma unidade como o HNAS, é fundamental a compreensão da regulamentação e burocracia municipal, com vistas a proposição de uma PPP para esta finalidade. Com este fim, o pesquisador, que também é legislador da Câmara Municipal de Paulo Afonso, com mandato em exercício, iniciou uma série de encontros e debates com o Secretário Municipal de Saúde de Paulo Afonso, Sr. Adonel Júnior com o intuito de estudar, discutir e otimizar a lei municipal que permite o estabelecimento de PPP's com organizações sociais (Figura 1). Descrição: Secretário Adonel Júnior (esquerda) e pesquisador Jean Roubert (direita).

Figura 1 - Entrevista com o Secretário Municipal de Saúde



Fonte: Acervo do pesquisador (Dez. 2022).

O programa Municipal de Organizações Sociais , tem o objetivo de fomentar a absorção, pelas Organizações Sociais qualificadas na forma desta lei, mediante contrato de gestão, de atividades e serviços de interesse público, atinentes ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, ao turismo, à geração de emprego e renda, à educação, à cultura, à assistência social e à saúde, preparando o município de Paulo Afonso para o atual cenário da celebração de parcerias público privadas.

Uma vez que a boa governança no setor público é um conceito que se refere à prática de um governo ético, responsável e transparente, que atua com eficiência e eficácia na gestão dos recursos públicos, ela é composta por uma série de valores e princípios, e se baseia em diversas práticas e ações, como a transparência, a responsabilidade, a participação cidadã e a prevenção e combate à corrupção. Dentre estes valores, está a preferência por atuação em ações de PPP's em setores específicos da sociedade, como a saúde, para organizações privadas provenientes de experiências exitosas, e que compõem as organizações do terceiro setor. (SANTOS, 2017).

Neste horizonte, a lei municipal estabelece algumas diretrizes básicas, como a adoção de critérios que assegurem padrão de qualidade na execução dos serviços e no atendimento ao cidadão; a promoção de meios que favoreçam a efetiva redução de formalidades burocráticas na prestação dos serviços dentro da lei, e com garantias de transparência; a adoção de mecanismos que possibilitem a integração entre os setores públicos do Município, a sociedade e o setor privado; por fim, a manutenção de sistema de programação e acompanhamento das atividades que permitam a avaliação da eficácia quanto aos resultados, garantindo lisura e comprovação da expertise aplicada aos serviços prestados. (SANTOS; CARVALHO, 2021).

Para poder estar em sintonia com os mais modernos modelos de PPP's celebrados no âmbito do país, o Poder Executivo Municipal deve ter a capacidade de transferir atividades e serviços públicos para as Organizações Sociais, observando o histórico e capacidade de entregas e respostas positivas destas organizações.

Diante do exposto na Lei municipal nº 1.314 (PAULO AFONSO, 2015), a prefeitura também tem os poderes e capacidades para qualificar as organizações sociais passíveis de uma PPP. Nesta, reconhecem as organizações cabíveis como todas as organizações sociais enquanto pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, ao desenvolvimento da saúde, sendo requisitos específicos para que as entidades privadas que desejem estar diante da celebração de acordos de PPP habilitem-se à qualificação, os seguintes pontos:

I - Comprovar o registro de seu ato constitutivo, dispondo sobre: a) natureza social de seus objetivos relativos à respectiva área de atuação; b) finalidade não lucrativa, com a obrigatoriedade de investimento de seus excedentes financeiros no desenvolvimento das próprias atividades; c) previsão expressa de a entidade ter, como órgãos de deliberação superior e de direção, um conselho de administração e uma diretoria definidos nos termos do estatuto, asseguradas àquela composição e atribuições normativas e de controle básicas previstas nesta Lei; d) previsão de participação, no órgão colegiado de deliberação superior, de representantes do Poder Público, de quaisquer esferas (Federal, Estadual ou Municipal) e de membros da comunidade, de notória capacidade profissional e idoneidade moral; obrigatoriedade de publicação anual, no Diário Oficial, dos relatórios financeiros e do relatório de execução do contrato de gestão; g) no caso de associação civil, a aceitação de novos associados, na forma do estatuto; h) proibição de distribuição de bens ou de parcela do patrimônio líquido em qualquer hipótese, inclusive em razão de desligamento, retirada ou falecimento de associado ou membro da entidade; previsão de incorporação integral do patrimônio, dos legados ou das doações que lhe foram destinados, bem como dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, em caso de extinção ou desqualificação, ao patrimônio de outra organização social qualificada no âmbito do Município, da mesma área de atuação, ou ao patrimônio da União, dos Estados, do Distrito Federal ou do Município, na porção dos recursos

e bens por estes alocados. II - Haver aprovação, quanto à conveniência e oportunidade de sua qualificação como organização social, do Prefeito Municipal ou titular de órgão supervisor ou regulador da área de atividade correspondente ao seu objeto social. (PAULO AFONSO, 2015. p. 12).

Em consonância com as práticas de boa governança, afirmadas por Mendes e Paiva (2017), o poder executivo consegue deixar evidente os pontos exigidos para a qualificação de uma entidade que possa estar em sintonia com o predisposto pela lei pública municipal. Desta forma, o pesquisador voltou o olhar em sua investigação de campo para compreender o processo de estadualização e repasse da gestão de uma outra unidade pública hospitalar local, o Hospital Municipal de Paulo Afonso (HMPA), que sofreu um processo de estadualização (repasse para a gestão do estado da Bahia) a partir de setembro de 2022.

A estadualização do HMPA foi concretizada após um ano de análises sobre a capacidade de gestão financeira da prefeitura de Paulo Afonso, após esta assumir a gestão do HNAS. Assim, o HMPA passou a ser coordenado pelas Obras Sociais Irmã Dulce (OSID), entidade social, de cunho privado, que atendeu a todos os requisitos exigidos para celebração de PPP, em âmbito estadual, e também municipal.

As Obras Sociais Irmã Dulce (OSID), é uma entidade filantrópica privada, sem fins lucrativos, fundadas em 1959 por Irmã Dulce, uma religiosa católica baiana que se tornou conhecida por sua dedicação aos mais necessitados. A OSID é voltada para a promoção e desenvolvimento social e humano, e atua em diversas áreas, como: saúde, educação, assistência social e direitos humanos. (OSID, 2022).

Também chamadas pelo jargão de “Obras de Irmã Dulce”, foram criadas com o objetivo de oferecer serviços de qualidade aos mais necessitados e promover a inclusão social. Elas contam com equipes multidisciplinares formadas por profissionais capacitados, que atuam para garantir o bem-estar das pessoas atendidas. Além de oferecer serviços diretos, as Organizações Sociais Irmã Dulce também desenvolvem projetos e ações com o objetivo de sensibilizar a sociedade sobre questões sociais, e promover a inclusão de grupos correspondentes.

Essas instituições também são responsáveis por desenvolver pesquisas e estudos sobre questões sociais, e buscar soluções inovadoras para os desafios enfrentados pela sociedade. As OSID são instituições sem fins lucrativos, voltadas para a promoção e desenvolvimento social e humano. Elas oferecem serviços diretos e desenvolvem projetos e ações para sensibilizar a sociedade e promover a inclusão de grupos independentes.



Após assumir a gestão do HMPA, a OSID, que conta com equipes multidisciplinares formadas por profissionais capacitados, e buscam soluções inovadoras para os desafios enfrentados pela sociedade, promoveu uma grande requalificação do serviço, estrutura e atendimento à saúde da população de um dos bairros mais carentes da cidade de Paulo Afonso, o complexo do Bairro Tancredo Neves 1, 2 e 3. Trata-se de um conjunto de aglomerados residenciais, que comportam hoje em torno de 45 mil habitantes, segundo o IBGE (2023) sendo o maior bairro da cidade de Paulo Afonso. Já nos primeiros cinco meses de repasse da gestão do HMPA para a OSID, foi registrado um aumento médio de 20% em todos os tipos de atendimentos e procedimentos ofertados pela unidade, e de maneira especial, na área de atendimentos e procedimentos ortopédicos e de trauma, esta ampliação esteve na ordem de 35%, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde (PAULO AFONSO, 2023).

Para verificar in loco as ações, adequações e medidas implantadas pela OSID, o pesquisador realizou, no mês de dezembro de 2022, como medida ampliadora e complementar ao seu estudo, uma visita técnica a unidade do HMPA, no complexo do Bairro Tancredo Neves (BTN), em Paulo Afonso. Figura 2 (Descrição: Pesquisador Jean Roubert em visita técnica a unidade do HMPA) e Figura 3 – (Descrição: Simone Teixeira à esquerda, Jean Roubert no centro e Diane Almeida à direita).

Figura 2 - Visita técnica - ações implantadas pela OSID no HMPA em 2022



Fonte: Acervo do pesquisador (Dez. 2022).

Figura 3 - Visita técnica presencial sobre ações da OSID no HMPA



Fonte: Acervo do pesquisador (Dez. 2022).

Através do diálogo com a Sra. Simone Teixeira, Coordenadora de Enfermagem do HMPA, e com a Sra. Diane Almeida, Coordenadora Administrativa do HMPA, ambas enviadas pelas Organizações Sociais Irmã Dulce para a transição e nova implantação do modelo de gestão adotado pela PPP, foram constatados os dados informados, quanto ao aumento dos atendimentos e procedimentos, mas também, constatou-se um amplo universo das mudanças adotadas e implantadas pela OSID.

Dentre as primeiras medidas adotadas, constatou-se diretamente a melhoria nas instalações da unidade, com pintura, adequação e conserto de equipamentos, ampliação do esquema de higienização hospitalar, ampliação e reorganização dos números de leitos de UTI e enfermaria. As coordenadoras apresentaram ao pesquisador o modelo do plano de gestão desenhado pela OSID para o processo de transição da gestão do HMPA, saindo do município, e sendo agora gerido pela organização em parceria com o estado da Bahia.

Na pauta do plano de transição, dois pontos fundamentais encontrados foram o plano de capacitação, verificação de competências e habilidades da equipe, bem como o programa de atualização e procedimentos de humanização no atendimento da rede pública de saúde.

O projeto de transição de gestão do HMPA foi desenvolvido com base em outro projeto de expertise de sucesso da OSID com o Governo da Bahia, através da implantação do programa de gestão para o Hospital do Subúrbio, em Salvador,

chamado de “Projeto Conexão”, uma PPP inovadora, pois, pela primeira vez, prevê a atuação mútua entre os entes contratantes, no modelo administrativo de PPP.

O modelo consiste na elaboração primeira parceria público-privada na área de saúde do Brasil no modelo tripartite, entre a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e o consórcio Prodal Saúde S.A. (Promedica) e Organizações Sociais Irmã Dulce, e a Secretaria de Saúde da Cidade do Salvador (SESAL), para implantar um Programa de Modernização Gerencial para o Hospital do Subúrbio. Trata-se de um programa idealizado pela SESAB e desenvolvido conjuntamente por diversos órgãos públicos e não-públicos, que consiste em uma concessão para a gestão e operação da unidade hospitalar denominada Hospital do Subúrbio, que se localiza no Subúrbio Ferroviário, em Salvador, BA, com o objetivo de suprir uma demanda ampla e reprimida da região do subúrbio, e estabelecer um novo paradigma de qualidade na prestação do serviço médico-hospitalar pelo poder público, equiparando-se aos melhores hospitais privados. (SANTOS; SANTOS, 2022).

Este modelo de PPP surgiu de um paradigma apresentado pelo próprio SUS, que designa uma divisão de competências na área de saúde entre os três níveis de governo. Segundo este, a atenção básica, que é a porta principal de acesso da população às ações e serviços de saúde pública, é de competência municipal. Já a média e alta complexidade a princípio são responsabilidade dos governos estaduais e/ou do governo federal. Apesar disso, o município pode atuar além da atenção básica, desde que haja um pacto entre este e os dois outros níveis de governo. (SANTOS; SANTOS, 2022).

Tomando por base esta realidade, e tendo como plano de fundo o caso de Salvador, onde o governo municipal tem um orçamento e estrutura extremamente frágil em relação à área de saúde, sendo a única dentre as maiores metrópoles do Brasil que não possuía nenhum hospital municipal, situação semelhante a do município de Paulo Afonso, e por isso, toma-se por base esta experiência da OSID na implantação e gestão deste modelo de PPP.

A proposta, inicialmente prevista para atender ao Hospital do Subúrbio, ainda prevê a requalificação na gestão também dos postos de saúde (atenção básica) existentes, que em geral são extremamente precários e algumas responsabilidades municipais, como o Programa Saúde da Família e a construção de Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), tiveram de ser absorvidas pela SESAB.

Neste cenário, atendendo aos princípios e preceitos da boa governança, é fundamental ressaltar que a parceria público-privada foi instituída no Estado da Bahia a partir da Lei Estadual nº 9.290 de 27 de dezembro de 2004 e que em 30 de dezembro de 2004 foi criada a Lei Federal de nº 11.079, que se assemelha muito à lei estadual, mas se distingue no ponto em que a primeira dá forte ênfase ao equilíbrio fiscal do Estado. Nessas leis, fica explícito que o Estado deve acompanhar o projeto não só na sua fase de elaboração, mas também na execução, analisando constantemente os resultados em relação às metas estabelecidas. (SANTOS; SANTOS, 2022).

Em tese, o modelo inovador proposto nesta parceria, é que pela primeira vez, apesar da concessão da gestão para um ente privado, neste caso, as Obras Sociais Irmã Dulce, o estado e o município também farão parte, em todos os momentos, da gestão do Hospital, sendo a OSID responsável pelo desenvolvimento de todo o plano de gestão e sua aplicação, e os entes estaduais e municipais, que possuem assento efetivo no conselho deliberativo da gestão da unidade hospitalar, debatem, discutem e deliberam sobre as ações, implantações e provisões acerca da gestão.

Esta proposta se alinha diretamente com as melhores e mais modernas práticas de boa governança, pois, de maneira direta, permitem aos entes públicos muito mais do que apenas pagar pela prestação do serviço, mas sim, acompanhar de perto, dia a dia, em tempo real, todas as decisões e caminhos trilhados. Além disso, os três entes que participam do modelo desta gestão, precisam analisar e aprovar simultaneamente todos os orçamentos, lotes, compras e processos administrativos que envolvam os recursos públicos, tudo fiscalizado pela auditoria interna da OSID, e pelos órgãos de controle do Estado, e do Município.

A proposta de Salvador, no Hospital do Subúrbio, se constitui em inovadora por ser a primeira no Brasil neste modelo, e em seu primeiro ano foi condecorada e chancelada pelo Conselho Nacional de Saúde, pelos Ministérios Públicos Federal e Estadual, por sua transparência na gestão e trato de recursos públicos, e pelo Conselho Federal de Administração, pela adoção de medidas seguras para aprovação de contratos e pagamentos com dinheiro público, que passam por três estágios do processo burocrático.

Por fim, este modelo de PPP, legalmente tido como um processo de “Parceria público privada do modelo Administrativo Tripartite”, e no âmbito interno chamado de “Programa Conexão” é o modelo escolhido pela OSID para ser implantando no

Hospital Municipal de Paulo Afonso, sendo este a segunda unidade hospitalar no Brasil a receber este modelo.

Diante do exposto, um ponto positivo, amplamente elogiado pela Controladoria Geral do Estado da Bahia (CGE/BA), foi o modelo de execução do contrato. O modelo tripartite de PPP prevê que a execução do contrato de gestão celebrado por organização social será fiscalizada pelo órgão ou entidade supervisora da área de atuação correspondente à atividade fomentada, neste caso, as secretarias municipais e estaduais de saúde.

A entidade qualificada fica obrigada a apresentar ao órgão ou entidade do Poder Público supervisora signatária do contrato, mensalmente, ou ao término de cada exercício de três meses, ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, relatório pertinente à execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro.

Este sistema permite que os resultados atingidos com a execução do contrato de gestão sejam analisados periodicamente, por comissão de avaliação, indicada pela autoridade supervisora da área correspondente, composta por especialistas de notória capacidade e adequada qualificação. A comissão sempre, ao fim das demandas, deve encaminhar à autoridade supervisora relatório conclusivo sobre a avaliação procedida.

Além desta contínua moderação, por este modelo de PPP, os responsáveis pela fiscalização da execução do contrato de gestão, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos ou bens de origem pública por organização social, possuem uma capacidade mais rápida e imediata para dar ciência a Procuradoria do Estado ou Município, sob pena de responsabilidade solidária. Esta medida, segundo a Procuradoria Geral do Estado da Bahia, foi a grande responsável por praticamente zerar qualquer tipo de malversação no contrato de PPP hora estabelecido.

Apesar do modelo de PPP tripartite implantado no Hospital do Subúrbio, e agora no Hospital Municipal de Paulo Afonso, ter sido alvo constantes nos últimos três anos de críticas, sobretudo dos Sindicatos de Trabalhadores da área de Saúde, alegando que este modelo de PPP é, em verdade, um grande projeto de privatização do setor público de saúde, e alegando sempre denúncias não comprovadas de desvios de dinheiro, os resultados alcançados ano após ano pelo Hospital do Subúrbio, desde a implantação deste modelo de PPP, têm sido expressivos e

positivos, valendo o destaque para as metas de atendimento e procedimentos a serem oferecidos, que, em dois anos, foram triplicados em relação ao previsto anteriormente no contrato, com a elevação de custos apenas na ordem de 25%, um marco histórico na saúde pública no Brasil.

Desta forma, após as diversas análises e aprofundamentos sobre o panorama do desenvolvimento das práticas exitosas no ambiente da administração pública, tanto aqueles elencados durante os estudos da Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Direito, Gestão e Políticas Públicas da Universidade Salvador – UNIFACS, no nível de Mestrado, vivenciados pelo pesquisador durante a execução dos créditos do programa, quanto os resultados encontrados durante as investigações sobre os modelos de PPP, diante das leis federais, estaduais e municipais que constroem este cenário, o pesquisador se convence de que o modelo de parceria público privada proposto e implantado pela gestão tripartite entre as Organizações Sociais Irmã Dulce, o Governo da Bahia, e as prefeituras municipais de Salvador e Paulo Afonso, são um caminho viável para a retomada e recuperação das operações do Hospital Nair Alves de Souza (HNAS).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da questão/problema emanado nesta pesquisa, a saber “Como foram desenvolvidos os modelos de gestão das políticas públicas de saúde no Brasil a partir da consolidação do SUS, e como as parcerias público privadas (PPP’s) podem colaborar com este processo no HNAS?” constatou-se que as parcerias público-privadas (PPP) surgiram no Brasil na década de 1990 como principal meio de desenvolvimento das políticas públicas de saúde, baseando-se na ideia central de unir os recursos financeiros e técnicos da iniciativa privada com a capacidade regulatória e garantidora de direitos do Estado, para promover projetos de infraestrutura e serviços públicos de qualidade. Estes processos de PPP’s, conforme desenvolvidos nas seções 2 e 3 desta pesquisa, foram determinantes para a recuperação do Hospital Municipal de Paulo Afonso (HMPA), conforme demonstrado na seção 4, confirmando que o modelo de parceria público privada administrativa tripartite se apresenta como solução viável a ser implantada também no Hospital Nair Alves de Souza (HNAS).

O objetivo específico número 1 “Investigar o desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil até o estabelecimento do SUS, verificando os principais modelos e desafios de gestão implantados neste setor” foi cumprido com o compêndio realizado na seção 2 sobre o desenvolvimento deste cenário no Brasil, a partir da pesquisa bibliográfica, confirmando que estas parcerias têm se mostrado uma solução eficiente em diversos países, tendo em vista que o setor privado possui maior capacidade de investimento e agilidade na execução de projetos, enquanto o poder público garante a regulamentação e o cumprimento de metas sociais e ambientais.

O segundo objetivo específico de “Estudar o contexto da implantação da CHESF e do Hospital Nair Alves de Souza, em Paulo Afonso, identificando os cenários desta unidade no desenvolvimento das políticas públicas de saúde para a localidade” foi cumprido com a seção número 4, onde o amplo estudo documental, com o auxílio das pesquisas *in-loco* e visitas técnicas, mostrou que o HNAS teve, e ainda têm, grande relevância para a política pública de saúde regional, para a área de atuação da cidade de Paulo Afonso.

No Brasil, a PPP tem sido utilizada em diversos setores, como transportes, energia, saúde e educação. Alguns exemplos de sucesso são a concessão de rodovias e aeroportos, a construção de hospitais e a prestação de serviços educacionais em escolas públicas.

De maneira especial, no setor da Saúde, diante da emergência sanitária internacional da pandemia de COVID-19, os modelos de PPP foram amplamente utilizados para responder com agilidade e qualidade às principais demandas da sociedade, como instalação emergencial de unidades hospitalares de campanha, compra de equipamentos e medicamentos, comprovando a robustez da qualidade deste modelo de gestão, em suas mais variadas vertentes.

Para responder ao objetivo específico número 3, de “analisar a viabilidade do uso do modelo de PPP administrativa tripartite para a governança e funcionamento das atividades do Hospital Nair Alves de Souza, em Paulo Afonso”, as seções 3 e 4 dão cumprimento a este fato, concluindo que o proposto contrato de “Parceria Público Privada no modelo Administrativo Tripartite” se consolida como meio viável para a recuperação da capacidade da unidade HNAS em atendimento às demandas e necessidades locais e regionais.

Com isso, as seções 2 e 3 deram fôlego para a construção de um compêndio raro e único no Brasil, que resume toda a trajetória da consolidação da política pública de saúde enquanto um direito de todos, ao tempo em que se construiu uma democracia no Brasil. Especialmente na seção 2 ficam claros e evidentes os processos legais e políticos, e também burocráticos, que levaram ao modelo do Sistema Único de Saúde – SUS, gratuito, universal e para todos, brasileiros e não brasileiros. Um modelo com vários problemas, mas elogiado amplamente pelo seu papel central da garantia do direito à vida, e copiado em algumas partes do mundo.

O olhar burocrático do pesquisador, de maneira inquieta, traz esta realidade da seção 2 para a busca de soluções e caminhos na seção 3, na qual se confirma a existência de boas práticas de gestão e governança, por meio de parcerias público privadas, tendo como base o desenvolvimento do robusto modelo brasileiro de concessões, também premiado em vários lugares do mundo. Neste patamar, o pesquisador consegue discernir entre o papel burocrático da governança, e o papel social da desta, ao doar para a sociedade um compêndio sobre o que pode, e o que não pode, ser levado em consideração para o desenvolvimento de políticas públicas efetivas, legais, e que não se desvirtuam do objetivo da “coisa pública”, e dentre destes aspectos, confirma as PPP’s como modelos viáveis, e saudáveis, desde que amparados por um rígido processo de controle e auditoria, contínuos.

Por fim, a seção 4, subsidiada pelas seções 2 e 3, cumpre com o objetivo geral de “Analisar o modelo brasileiro de gestão das políticas públicas de saúde utilizado



em parcerias institucionais com organizações sociais, visando apresentar um modelo adequado para o Hospital Nair Alves de Souza, na cidade de Paulo Afonso, estado da Bahia, tendo como referência os modelos já existentes no Sistema Único de Saúde (SUS)” onde o pesquisador, através da união dos fatos encontrados em sua pesquisa, em sua base teórico-conceitual, com um problema local, confirma que a PPP administrativa tripartite é uma solução viável para a resolução dos problemas de gestão que levaram ao sucateamento e precariedade dos serviços prestados pelo Hospital Nair Alves de Souza (HNAS).

Com uma ampla investigação que exigiu a análise de documentos e leis municipais e estaduais para a correta compreensão do percurso que levou o HNAS à atual situação, o pesquisador incrementa em sua trilha metodológica novas investigações *in loco*, e constata que o modelo de PPP estabelecido pelas Organizações Sociais Irmã Dulce, em parceria com o Governo da Bahia, a prefeitura de Salvador para a gestão do Hospital do Subúrbio, e mais recentemente em com a prefeitura de Paulo Afonso e SESAB para a gestão do Hospital Municipal de Paulo Afonso.

No entanto, os acordos de PPP ainda enfrentam críticas, como a falta de transparência nas passagens de gestão e a dificuldade ou competência dos órgãos públicos para a devida fiscalização, impossibilitando a revisão e garantia de execução dos contratos. São tidas por uma parte da sociedade, sobretudo os sindicatos de trabalhadores, como uma forma de cartelização e transferência indevida de verbas públicas para o setor privado. Além disso, ainda existem muitos que questionam se as PPPs realmente trazem benefícios reais para a sociedade, já que os projetos podem ser caros e complexos. Porém, este estudo ratifica a qualidade de uma celebração de PPP mediante modernas práticas de governança.

Assim, é importante que o poder público atue de forma responsável e eficiente na regulamentação e preservação dessas parcerias, a fim de garantir seus benefícios para a sociedade e evitar possíveis abusos, como outrora feito diante das leis implantadas para regulamentação destes meios no estado da Bahia, e na cidade de Paulo Afonso.

É fato concluir que as PPP's são ferramentas importantes para a melhoria da infraestrutura e dos serviços públicos no Brasil, desde que reguladas de forma adequada. Assim, elas representam uma alternativa eficiente para superar a falta de investimentos públicos e promover projetos de qualidade ao longo do país, e por este

motivo surgiram no Brasil como uma forma de tornar a administração pública mais eficiente, e atrair investimentos privados para setores que precisavam de melhorias. A ideia de unir os recursos e conhecimentos de ambas as partes para melhorar a infraestrutura do país, sobretudo no campo da saúde, demonstra sua qualidade e capacidade legal de aplicação.

Desde sua consolidação no Governo Fernando Henrique Cardoso, quando o país passou por uma crise financeira, e as autoridades buscavam soluções para aumentar a eficiência na administração pública, e com o advento das privatizações de empresas estatais, que em parte se demonstraram eficientes, e por outro lado demonstraram o desastre patrimonial e financeiro acometido quando do seu mal planejamento, as PPPs passaram a ocupar um significativo espaço no cenário da gestão pública, enquanto uma alternativa viável.

Desde então, as PPPs tornaram-se uma ferramenta importante para o desenvolvimento do país, pois uniram recursos e conhecimentos de ambas as partes, além de permitir a implementação de projetos de infraestrutura de grande porte, fazendo com que o setor privado participasse mais ativamente da administração pública e desenvolvesse suas atividades de forma mais eficiente.

Por fim, as Parcerias Público Privadas alcançaram nos últimos anos excelentes patamares de validação e aprovação pública, sobretudo através dos órgãos de controle, como os Ministérios Públicos e as Controladorias, sendo validadas como um caminho eficaz de aumentar a eficiência na administração pública, e atrair investimentos privados para setores importantes, como a saúde. Embora tenham sido criticadas por questões de transparência e remuneração, as PPPs continuam sendo, cada vez mais, uma ferramenta importante para o desenvolvimento do país.

Em detrimento às análises realizadas neste estudo, e por fim, apresenta-se nos anexos desta dissertação, uma cópia digital do Ofício Nº 10/2023 expedido pelo gabinete geral da Secretaria Municipal de Saúde de Paulo Afonso, assinado pelo atual secretário municipal, recomendando ao executivo municipal a adoção de parceria público privada, no modelo daquele implantado ao Hospital Municipal de Paulo Afonso, para sanar as questões que acometem a gestão do Hospital Nair Alves de Souza, tendo, sobre este, relevantes considerações e contribuições desta pesquisa ora apresentada (vide ANEXO A).

## 5.1 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Foram encontradas no percurso da pesquisa, limitações que não permitiram um aprofundamento maior em determinados campos do escopo da investigação. Uma vez que o estudo foi desenvolvido em um processo de pós-pandemia, envolvendo unidades hospitalares de urgência e emergência, a exemplo do HMPA e HNAS, foram poucas as oportunidades de visitas *in loco*, tendo em vista os protocolos de segurança, permitindo apenas que três visitas pudessem ser concretizadas.

Ademais, ainda existem uma série de modelos de parceria público privadas estabelecidas no âmbito do governo da Bahia que não puderam ser analisadas ou contempladas, pelo fato de alguns contratos estarem sob juízo, ou por problemas nas gestões em parceria, ou por intervenções do Ministério Público estadual, por investigações em processos de compra de materiais, ou aplicação de orçamento de maneira indevida, gerando assim o sigilo a estes modelos de contratos, enquanto os mesmos não estiverem com suas questões judiciais sanadas.

Outro fator limitante foi o fato de o pesquisador não residir em Salvador, o que impossibilitou um maior aprofundamento, e inclusive, visitas técnicas ao Hospital do Subúrbio, unidade do SUS que foi a pioneira no modelo de gestão através de PPP administrativa tripartite. Pelas limitações ainda impostas pela pandemia, outras unidades de saúde de referência, a exemplo das Obras Sociais Irmã Dulce (OSID) em Salvador também não puderam ter a verificação *in loco* dos procedimentos.

Por fim, os diversos problemas ocorridos nos modelos de PPP's durante a pandemia, seja por contratos fora do padrão, ou pela compra de produtos fora de conformidade, foi vasto o universo de problemas e questões que envolveram as organizações sociais que gerem unidades hospitalares através destes modelos, impediram ao pesquisador uma maior fluidez, contato e disponibilidade de instituições que poderiam ser analisadas enquanto modelos viáveis para o HNAS.

## 5.2 ESTUDOS FUTUROS

É recomendável o acompanhamento da evolução do contrato de gestão no modelo de PPP administrativa tripartite celebrado entre o HMPA, a OSID e o Governo da Bahia, enquanto forma de verificar pontos e questões que possam surgir, e não tenham sido contemplados neste estudo, podendo, inclusive, servir de escopo para a

continuidade/desenvolvimento desta pesquisa, em outros níveis, e também, servindo para cancelar ou refutar os resultados aqui encontrados.

## REFERÊNCIAS

- AGENDA estratégica para a saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Abrasco, 2011. Disponível em: [https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2021/09/Agenda\\_Saude\\_para\\_Todos.pdf](https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2021/09/Agenda_Saude_para_Todos.pdf). Acesso em: 25 out. 2022.
- ANTUNES, Ricardo. **A desertificação neoliberal no Brasil**: (Collor, FHC, Lula). Campinas, SP: Autores Associados, 2005.
- BAHIA, Ligia; COSTA, Nilson Rosario; STRALEN, Cornelis van. A saúde na agenda pública: convergências e lacunas nas pautas de debate e programas de trabalho das instituições governamentais e movimentos sociais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, sup. p. 1791-1818, 2007. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2007.v12suppl0/1791-1818/> Acesso em: 15 set. 2022.
- BELLUZZO, Luiz Gonzaga. Os anos do povo. *In*: SANDER, Emir. (org.). **10 anos de governos pós-neoliberais no Brasil**: Lula e Dilma. São Paulo: Boitempo; Rio de Janeiro: FLACSO, 2013. p. 103-110. Disponível em: [https://flacso.redelivre.org.br/files/2015/03/10\\_ANOS\\_GOVERNOS.pdf](https://flacso.redelivre.org.br/files/2015/03/10_ANOS_GOVERNOS.pdf). Acesso em: 19 out. 2022.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 23 out 2022.
- BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990a Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm). Acesso em: 15 jan. 2022.
- BRASIL. **Lei nº 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 intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm). Acesso em: 15 jan. 2022.
- BRASIL. **Lei nº 9.648, de 27 de maio de 1998**. Altera dispositivos das Leis no 3.890-A, de 25 de abril de 1961, no 8.666, de 21 de junho de 1993, no 8.987, de 13 de fevereiro de 1995, no 9.074, de 7 de julho de 1995, no 9.427, de 26 de dezembro de 1996, e autoriza o Poder Executivo a promover a reestruturação da Centrais Elétricas Brasileiras - ELETROBRÁS e de suas subsidiárias e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1998. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9648cons.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9648cons.htm). Acesso em: 15 jan. 2022.
- BRASIL. **Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014**. Estabelece o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público

e recíproco, mediante a execução de atividades ou de projetos previamente estabelecidos em planos de trabalho [...]. Brasília, DF: Presidência da República, 2014. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/\\_Ato2011-2014/2014/Lei/L13019.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13019.htm). Acesso em: 15 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Educação. **Apresentação EBSEH**. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/ebserh--empresa-brasileira-de-servicos-hospitalares>. Acesso em: 19 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Economia. **O desenvolvimento orçamentário nacional entre 2019 e 2022**: desafios para continuidade de políticas públicas. Brasília, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Covid 19**: Painel Coronavírus. Brasília, DF, MS. [202?] Disponível em: [covid.saude.gov.br](http://covid.saude.gov.br). Acesso em: 23 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em: 15 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 342, de 4 de março de 2013**. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, DF, 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342\\_04\\_03\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342_04_03_2013.html). Acesso em: 23 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS**: a saúde do Brasil. Brasília, DF: MS, 2011. 36 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_saude\\_brasil\\_3ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_saude_brasil_3ed.pdf). Acesso em: 20 out. 2022.

BRASIL. **Projeto de Lei nº 321 de 29 de agosto de 2013**. Altera dispositivos da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e dá outras providências. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2013. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=589775>. Acesso em: 15 jan. 2022.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; PINHEIRO, Wladimir Nunes. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 6-23, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.18315/argumentum.v10i1.19139>. Acesso em: 20 out. 2022.

BUSATO, Ivana Maria Saes; CUBAS, Raquel Ferraro. **Política de saúde no Brasil**. Curitiba: Intersaberes, 2020. 226 p.

CARVALHO, Marselle Nobre de *et al.* Necessidade e dinâmica da força de trabalho na Atenção Básica de Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 295-302, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.08702015>  
Acesso em: 15 jan. 2022.

CHESF. **Fatos e retratos da implantação da CHESF em Paulo Afonso: o desenvolvimento social e urbano de uma geração.** (Compêndio de relatórios administrativos). Brasília, 2017.

CHESF: 70 anos de história. Rio de Janeiro: Centro da Memória da Eletricidade no Brasil. 2018. Disponível em:  
<https://memoriadaeletricidade.com.br/publicacoes/19488/chesf-70-anos-de-historia>  
Acesso em: 20 mar. 2022.

COHN, Almeida. O SUS e o direito à saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde. *In*: LIMA, Nísia Trindade *et al.* (org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 385-405.

DIREITOS humanos no Brasil 2019: relatório da Redes Social de Justiça e Direitos Humanos. São Paulo: Outras Expressões, 2019. 285 p. *E-book*. Disponível em:  
[https://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2019/12/reelatorio\\_dh\\_2019.pdf](https://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2019/12/reelatorio_dh_2019.pdf). Acesso em: 22 nov. 2022.

FERRAZ, Ana Targina Rodrigues; BERNARDES, Franciani. Reformas regressivas e política de saúde. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n.1, p. 4-8, jan./abr. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19647>. Acesso em: 26 fev. 2022

FREITAS, Rosana de C. Martinelli. O governo Lula e a proteção social no Brasil: desafios e perspectivas. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 65-74, jan./jun. 2007. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/rk/a/XXMFZGsQ6G3ZB7G5xSbHZgD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 out. 2022.

FUNDAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE (Brasil). **Cronologia histórica da saúde pública.** Brasília, DF: FUNASA, 2017. Disponível em:  
<http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>. Acesso em: 20 out. 2022.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Brasil). **Impactos sociais, econômicos, culturais e políticos da pandemia.** Rio de Janeiro: Fiocruz, [202?] Disponível em:  
<https://portal.fiocruz.br/impactos-sociais-economicos-culturais-e-politicos-da-pandemia>. Acesso em: 20 out. 2022.

GERSCHMAN, Saul. **A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira.** 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004, 270 p. *E-book*. Disponível em:  
<https://doi.org/10.7476/9788575415375>. Acesso em: 20 out. 2022.

GUIA da política de governança pública. Brasília: Casa Civil da Presidência da República, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt->

br/assuntos/governanca/comite-interministerial-de-governanca/arquivos/guia-da-politica-de-governanca-publica\_versao-defeso.pdf/@ @download/file Acesso em: 20 out. 2022.

IBGE. **Linha do tempo – síntese da História do IBGE (1936-2016)**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: <https://memoria.ibge.gov.br/images/memoria/linha-do-tempo/LinhaDoTempoSemImagem.pdf>. Acesso em: 26 set. 2022.

IBGE. **Pesquisa nacional de saúde: 2019**: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde : Brasil, grandes regiões e unidades da federação Rio de Janeiro : IBGE, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf> Acesso em: 26 set. 2022.

IBGE. **Projeções parciais do Censo 2022**: cobertura e abrangência – efetivo e projetado. Brasília, jan. 2023.

INSTITUTO COALIZÃO SAÚDE. **Coalizão Saúde Brasil**: uma agenda para transformar o sistema de saúde. São Paulo: ICOS, 2017. Disponível em: <http://icos.org.br/wp-content/uploads/2017/04/Relato%CC%81rioNet.pdf>. Acesso em: 26 set. 2022.

IPEA. **Brasil em desenvolvimento**: estado, planejamento e políticas públicas. Brasília, DF, 2009. v.1 Disponível em: [https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/images/stories/Livro\\_BrasilDesenvEN\\_Vol01.pdf](https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/images/stories/Livro_BrasilDesenvEN_Vol01.pdf). Acesso em: 26 mar. 2022.

LINS, Bernardo Wildi. **Organizações sociais e contratos de gestão**. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen, 2018.

MACHADO, Cristiani Vieira *et al.* Federalismo e política de saúde: comissões intergovernamentais no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 4, p. 642-650, ago. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005200>. Acesso em: 24 nov. 2022.

MADRIGAL, Alex Gabriel. As políticas públicas de saúde no Brasil. **Jusbrasil** 2017. Disponível em: <https://alexismadrigal.jusbrasil.com.br/artigos/453983097/as-politicas-publicas-de-saude-no-brasil>. Acesso em: 30 set. 2022.

MAQUIAVEL, Nicolau. **O príncipe**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

MATIAS-PEREIRA, José A governança no setor público. São Paulo: Atlas, 2010. 228 p.

MATOS, Moisés Clóvis de. **Sistemas de governança pública aplicados**: modelos para Parcerias Público Privadas. Rio de Janeiro: Editora Record, 2020.

MATTA, Gustavo Corrêa *et al.* **Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil**: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia. Rio de Janeiro: Scielo, 2021. *E-book*. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/r3hc2>. Acesso em: 30 set. 2022.



MENDES, Gilmar; PAIVA, Paulo. **Políticas públicas no Brasil: uma abordagem institucional**. São Paulo: Saraiva, 2017.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. A política de saúde no governo Lula. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 522-532, jun. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000200022>. Acesso em: 26 set. 2022.

MIRANDA, Ana Paula Rocha de Sales. **Inserção do serviço social nos processos de trabalho em serviços públicos de saúde - concepções e práticas**: estudo de caso em um Hospital Universitário João Pessoa PB. 2011. 357 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/17558>. Acesso em: 30 set. 2022.

MOTTA, Fabricia; MÃNICA, Fernando Borges; OLIVEIRA, Rafael Arruda. **Parcerias com o terceiro setor**: as inovações da lei nº 13.019/14. Belo Horizonte: Editora Forum, 2018.

NAVES, Rubens. (org.) **Organizações sociais**: a construção do modelo. São Paulo: Quartier Latin, 2014.

OMS. **Cenários da COVID-19 no Brasil**. Genebra: WHO, 2020.

OSID. **Site Irmã Dulce**. Salvador, 2022. Disponível em: [irmadulce.org.br](http://irmadulce.org.br). Acesso em: 25 fev. 2022.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2015. (96 p.) *E-book*. Disponível em: <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/> Acesso em: 29 set. 2022.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma pública brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. (356 p.) *E-book*. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/4ndgv/pdf/paim-9788575413593.pdf>. Acesso em: 29 set. 2022.

PANNUNZIO, Eduardo; NAVES, Rubens. O controle das organizações sociais. *In*: NAVES, Rubens (org.). **Organizações sociais**: a construção do modelo. São Paulo: Quartier Latin, 2014, p. 79-95.

PARCERIAS público-privadas (PPP's): o que são e características. **FIA Business School**, São Paulo, 23 dez 2019 Disponível em: [https://fia.com.br/blog/parcerias-publico-privadas-ppps/#:~:text=Na%20Lei%20da%20Concess%C3%A3o%20\(8.987,portanto%2C%20de%20uma%20concess%C3%A3o%20comum](https://fia.com.br/blog/parcerias-publico-privadas-ppps/#:~:text=Na%20Lei%20da%20Concess%C3%A3o%20(8.987,portanto%2C%20de%20uma%20concess%C3%A3o%20comum). Acesso em: 28 jun. 2022.

PAULETTI, Isabel Penz. Saúde no Brasil: a evolução das políticas e os debates do sistema de saúde nas últimas três décadas. São Paulo: Fundação Fernando Henrique Cardoso, 2018. Disponível em: <https://fundacaofhc.org.br/linhasdotempo/saude/> Acesso em: 29 set. 2022.

PAULO AFONSO. **Lei nº. 1.314 de 18 dezembro de 2015**. Dispõe sobre o Programa Municipal de Organizações Sociais e disciplina o procedimento de chamamento e seleção públicos e dá outras providências. Paulo Afonso: Câmara Municipal, 2015.

PAULO AFONSO. **Relatório prévio de transição do HNAs**. Paulo Afonso: Prefeitura Municipal, 2022.

PAULO AFONSO. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório sistêmico de gestão do Hospital Nair Alves de Souza: 2021 e 2022** (processo de transição). Paulo Afonso, 2023.

PEDUZZI, Marina; SCHRAIBER, Lília Blima. Processo de trabalho em saúde. *In*: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (org.) **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV; Fiocruz, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>. Acesso em: 26 nov. 2022.

POLÍTICAS públicas de saúde: o que são e qual a importância do SUS? **Inteligov**. São Paulo, 3 ago. 2021. Disponível em: <https://www.blog.inteligov.com.br/politicas-publicas-de-saude>. Acesso em: 29 set. 2022.

QUEIROZ, Gecildo. **A rua da frente**: memórias de um tempo que nunca morre (origens de Paulo Afonso). Paulo Afonso: Editora GrafTech, 2012.

REIS, Camila Ramos; PAIM, Jairnilson Silva. A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011-2016). **Divulgação em saúde para debate**. Rio de Janeiro, N. 58, p. 101-114, JUL 2018  
<https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/29852/1/Artigo%20Jairnilson%20Paim.%202018.pdf> Acesso em: 19 ago. 2022.

REIS, Denizi Oliveira; ARAÚJO, Eliane Cardoso de; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde**. São Paulo: UNASUS/UNIFESP, 2012. Disponível em: [https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/modulo\\_politico\\_gestor/Unidad\\_e\\_4.pdf](https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidad_e_4.pdf). Acesso em: 29 set. 2022.

SAMPAIO, Daniel Dias. **Força de trabalho e governança no contexto da gestão da saúde**. 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde). Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, Vitória da Conquista, 2017.

SANTOS, Jacques Fernandes. **Gestão do terceiro setor e educação para o empreendedorismo social**. 2.ed. Paulo Afonso: Editora Oxente, 2017. 118 p.

SANTOS, Jacques Fernandes. **Gestão e sociedade**: reflexões sobre a comunicação, educação e políticas públicas em construção. Paulo Afonso: Editora Oxente, 2017. 130 p. Disponível em: [https://drive.google.com/file/d/1qP5DrJh-PZnr04n077\\_\\_-mYLehaUhKT/view](https://drive.google.com/file/d/1qP5DrJh-PZnr04n077__-mYLehaUhKT/view)

SANTOS, Jacques Fernandes; CARVALHO, Sabine Canonici Macário de. (org.). **Contextos contemporâneos da pesquisa em ciências da saúde e educação**. Paulo Afonso: Editora Oxente, 2021. 216 p. *E-book*. Disponível em: <https://estante-doutoral8.webnode.page//contextos-contemporaneos-da-pesquisa-em-ciencias-da-saude-e-educacao-e-book/>. Acesso em: 26 nov. 2022.

SANTOS, Vinícius Silva; SANTOS, Jacques Fernandes. (org.). **Interseções entre saúde e educação: pensando o futuro**. 4. ed. Paulo Afonso: Editora Oxente, 2022

SILVA, Antônio Galdino da. **Os caminhos da educação: de Forquilha a Paulo Afonso, histórias e memórias dos pioneiros**. Paulo Afonso: Editora Oxente, 2013.

SILVA, Joelcio Jackson Lima; CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros. Política de Saúde e desmonte do SUS no Governo Temer. **Ser Social**, Brasília, v. 23, n. 48, p. 191-210, jan./jun. 2021. Disponível em: [https://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/29324/28792](https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/29324/28792) Acesso em: 16 nov. 2022.

SILVA, Ticiane Raimundo; MOTTA, Roberta Fin. A percepção dos usuários sobre a política de saúde na atenção básica. **Mudanças-Psicologia da Saúde**, v. 23, n. 2, p. 17-25, 2015. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/229060313.pdf> Acesso em: 14 nov. 2022.

SOARES, Roberto Costa. **Contrarreforma política e a consolidação das parcerias público privadas no Brasil**. Recife: EditUFPE, 2018

SODRÉ, Francis; BUSSINGUER, Elda Coelho de Azevedo; BAHIA, Ligia. **Organizações sociais, agenda política e os custos para o setor público da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2018. 370 p.

SOUSA, Francisco Danúbio Timbó de, SOUSA, Ana Lúcia Pereira Martins de. Políticas públicas em saúde: um artigo de revisão sobre o Sistema Único de Saúde no Brasil. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. v.3, n.3, p. 110-127. Mar. 2019. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/wp-content/uploads/kalins-pdf/singles/politicas-publicas-em-saude.pdf>. Acesso em: 14 out. 2022.

SOUZA, Monnalys Karolaine dos Santos. **Histórico da política de saúde pública no Brasil e o processo de mercantilização do SUS**. 2022. 57 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, Curso de Serviço Social, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2022. Disponível em: <https://www.repositorio.ufal.br/bitstream/123456789/8791/1/TCC%20VERS%c3%83O%20FINAL.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2022.

TEIXEIRA, Mary Jane Oliveira. A urgência do debate: as contrarreformas na política de saúde no governo Temer. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 33-50, jan./abr. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19495/13179>. Acesso em: 20 out. 2022.

TERMÔMETRO do Radar de Projetos (TRP). **Radar PPP**, São Paulo, 26 abr. 2023. Disponível em: <https://radarppp.com/biblioteca/trp-abril-de-2023/> Acesso em: 20 out. 2022.

VERMELHO, Alice. SUS: quais os desafios? **Politize**. 8 mar. 2021 Disponível em: <https://www.politize.com.br/desafios-do-sus-frente-a-covid-19/>. Acesso em: 03 out. 2022.

WEILLER, João Alberto Barros. O desmonte do SUS em tempos de Bolsonaro: *In: DIREITOS humanos no Brasil 2019*: relatório da Redes Social de Justiça e Direitos Humanos. São Paulo: Outras Expressões, 2019. 285 p. *E-book*. Disponível em: [https://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2019/12/reelatorio\\_dh\\_2019.pdf](https://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2019/12/reelatorio_dh_2019.pdf). Acesso em: 22 nov. 2022.

## ANEXO A - OFÍCIO Nº 10/SMS/GAB – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PAULO AFONSO

PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULO AFONSO  
SECRETARIA DE SAÚDE  
AV. Apolônio Sales, 266 – Paulo Afonso/BA – CEP 48601-208  
75 – 32825140



GABINETE DO SECRETÁRIO

Paulo Afonso/BA, 17 de Janeiro 2022  
OF. Nº 10/SMS/GAB

CÓPIA SMS


<b>DE:</b> <p style="text-align: center;"><b>Adonel Gomes de Sá Júnior</b> Secretário Municipal de Saúde Interino</p>	<b>PARA:</b> <p style="text-align: center;"><b>Jean Roubert</b> Vereador</p>
--	---

**ASSUNTO:** PPP – Uma saída para otimizar os processos da Gestão Pública em Saúde.

A saúde é um dos setores de serviços que sofrem intensa pressão de demanda. As estruturas disponíveis no SUS e sua insuficiente capacidade de investimento têm comprometido a atenção prestada. A estruturação de PPP apresenta-se como abordagem alternativa para reduzir déficit de serviços.

Em virtude da extrema demanda da população por serviços e ações de saúde no âmbito do SUS, ocorre grande pressão sobre o sistema devido a insuficiência de serviços ofertados, não por ineficiência da gestão do sistema seja a nível federal, estadual ou municipal, pois a remuneração do SUS à essas ações e serviços é muito abaixo do setor privado, desta forma a grande maioria dos profissionais e das empresas do ramo de saúde preferem atuar no mercado privado em detrimento do setor público, sendo assim o SUS sofre com a precarização da ações de serviços de saúde que são ofertados a populaçãofvo. Com o objetivo de tentar trazer equidade na oferta de serviços de saúde com qualidade e eficiência, os gestores do SUS estão recorrendo a Parceria-Pública-Privada.

A participação privada, numa primeira etapa, posterior à estabilização econômica, efetivou-se com a privatização nas áreas de energia, telefonia e transportes, com as justificativas da busca de eficiência e melhoria da competitividade, geração de receitas e melhoria da qualidade dos serviços. Esse ciclo se esgotou no início dos anos 2000 com a redução do número de empresas privatizáveis e com a queda no interesse privado no processo. Com a Lei no 11.079 (Brasil, 2004), constituiu-se um novo regime de contratação de serviços por meio de parcerias do setor público com a iniciativa privada em setores de infraestrutura, iniciando-se um processo de rediscussão dos papéis do Estado, sociedade e iniciativa privada na provisão de serviços e investimentos.


**RECEBIDO**  
 DATA: 23/01/23  
 Gabinete do Vereador  
 Jean Roubert F. Netto



PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULO AFONSO  
**SECRETARIA DE SAÚDE**  
AV. Apolônio Sales, 266 – Paulo Afonso/BA – CEP 48601-208  
75 – 32825140



---

### GABINETE DO SECRETÁRIO

Diferentemente das concessões tradicionais, em que os parceiros privados auferem suas receitas por meio da cobrança por serviços e produtos, a legislação de 2004 define parceria público-privada (PPP) a partir de novos parâmetros de contratação, alocação de responsabilidades e compartilhamento de riscos, superando limitações regulatórias dos contratos entre governo e iniciativa privada. Entre as premissas importantes que a caracterizam estão a utilização de referenciais técnicos de mensuração de necessidades; a contratação por longos períodos e a instituição de mecanismos de garantia financeira que tragam estabilidade à relação contratual. Entre as diretrizes principais que regem o modelo, estabelecidas no art. 4º da lei, estão o compartilhamento de riscos e benefícios, o respeito aos interesses de usuários, a sustentabilidade fiscal, a indelegabilidade das funções primárias de Estado e a transparência de procedimentos e decisões (Brasil, 2004; Carrera, 2014).

Na saúde a parceria público-privada permitirá aos Gestores do SUS uma flexibilização para construção ou reforma de infraestrutura, na compra de equipamentos de saúde de forma mais célere e eficiente, bem como a melhoria na gestão integral de serviços para atendimento as demandas dos usuários do SUS. A experiência nacional e internacional demonstra que esse modelo de contratação pode reduzir custos e aprimorar a gestão de serviços assistenciais e não-assistenciais à população.

A implementação da PPP na saúde permite ao gestores do SUS ter maior flexibilização na implantação e ampliação de serviços, além de melhorias na infraestrutura das unidades de saúde, pois as empresas privadas não ficam engessadas pela burocracia a que estão sujeitas as unidades publicas. Desta maneira a empresa privada consegue com rapidez resolver as demandas de ações e serviços exigidas pelos usuários. A experiência nacional e internacional demonstra que esse modelo de contratação pode reduzir custos e aprimorar a gestão de serviços assistenciais e não-assistenciais à população.

Outro aspecto positivo é que, com a PPP, o parceiro privado assumirá todos os esforços técnico e financeiro na construção de algumas unidades e também na gestão integral de algumas unidades. O parceiro privado também proverá serviços clínicos e não-clínicos (tais quais manutenção predial, portaria, limpeza e vigilância). O papel da Prefeitura de Paulo Afonso, neste caso, será remunerar mensalmente os serviços prestados pelo parceiro privado, conforme o cumprimento de metas quantitativas e qualitativas preestabelecidas em contrato. Ao final do

PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULO AFONSO  
**SECRETARIA DE SAÚDE**  
AV. Apolônio Sales, 266 – Paulo Afonso/BA – CEP 48601-208  
75 – 32825140



---

**GABINETE DO SECRETÁRIO**

contrato, todo o futuro parque de unidades de saúde será revertido para a propriedade definitiva da cidade.

Uma das grandes vantagens da implementação da PPP, além da expertise no ramo da saúde, esta no fato que a empresa privada assumirá toda a responsabilidade pela implantação e ampliações dos serviços de saúde sejam nas áreas técnica, bem como na área de infraestrutura, além de ser responsável pela gestão das unidades aderidas a PPP. O parceiro privado também proverá serviços clínicos e não-clínicos como exemplo: manutenção predial, serviço de portaria, limpeza, serviço de vigilância entre outros. Isto posto, à Prefeitura Municipal de Paulo Afonso através da Secretaria Municipal de Saúde caberá remunerar mensalmente a empresa participante do PPP sempre baseando-se no cumprimento de metas quantitativas e qualitativas preestabelecidas em contrato. Outra vantagem das PPP reside no fato que todas as melhorias estruturais serão revertidas para população ao termino do contrato.

Melhorias trazidas pela adoção da PPP:

- Ampliação de cirurgias eletivas
- Ampliação de serviços de diagnose
- Redefinição da Rede de Assistência por perfil de Unidade
- Oferta de serviço de alta complexidade

*Adonel Gomes de Sá Júnior*  
Adonel Gomes de Sá Júnior  
Secretário Municipal de Saúde