

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL**  
**Faculdade de Direito de Alagoas - FDA**  
**Programa de Pós-Graduação em Direito Público - PPGD**

LUCAS ISAAC SOARES MESQUITA

**MERCANTILIZAÇÃO DO DIREITO CONSTITUCIONAL À SAÚDE NO BRASIL:**  
neoliberalismo, contrarreformas e subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no  
caso da implementação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

**Maceió/AL.**

**Abril/2019.**

LUCAS ISAAC SOARES MESQUITA

**MERCANTILIZAÇÃO DO DIREITO CONSTITUCIONAL À SAÚDE NO BRASIL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito Público da Universidade Federal de Alagoas como requisito para obtenção de grau de Mestre em Direito Público.

Orientadora: Profa. Dra. Alessandra Marchioni.

Maceió/AL.

Abril/2019.

**Catálogo na fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Central**  
**Divisão de Tratamento Técnico**

Bibliotecária Responsável: Helena Cristina Pimentel do Vale – CRB4 - 661

- M582m      Mesquita, Lucas Isaac Soares.  
                 Mercantilização do direito constitucional à saúde no Brasil: neoliberalismo, contrarreformas e subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no caso da implementação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) / Lucas Isaac Soares Mesquita. – 2019.  
                 193 f. : il.
- Orientadora: Alessandra Marchioni.  
Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade Federal de Alagoas.  
Faculdade de Direito de Alagoas. Programa de Pós-Graduação em Direito.  
Maceió, 2019.
- Bibliografia: f. 179-193.
1. Neoliberalismo. 2. Contrarreformas. 3. Subfinanciamento. 4. Privatização.  
5. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. I. Título.

CDU: 342.7:614(81)



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL**  
**FACULDADE DE DIREITO DE ALAGOAS - FDA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO - PPGD**  
**MESTRADO EM DIREITO**



**LUCAS ISAAC SOARES MESQUITA**

**"MERCANTILIZAÇÃO DO DIREITO CONSTITUCIONAL À SAÚDE NO BRASIL: neoliberalismo, contrarreformas e subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no caso da implementação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)"**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito da Faculdade de Direito de Alagoas – UFAL, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre.

Orientador (a): Profa. Dra. ALESSANDRA MARCHIONI P. DA CUNHA

A Banca Examinadora, composta pelos professores abaixo, sob a presidência do primeiro, submeteu o candidato à defesa, em nível de Mestrado, e o julgou nos seguintes termos:

Profa. Dra. Maria da Graça Marques Gurgel (UFAL)

Julgamento: Conceito "A" (10,0) Assinatura: *gurgel*

Prof. Dr. Rosmar Antonni Rodrigues Cavalcanti de Alencar (UFAL)

Julgamento: Conceito "A" (10,0) Assinatura: *ra alencar*

Profa. Dra. Maria Valéria Costa Correia (convidada externa/UFAL)

Julgamento: Conceito "A" (10,0) Assinatura: *Maria Valéria Costa Correia*

Maceió, 06 de abril de 2019.

A aqueles e aquelas que lutam por um mundo mais justo  
e por uma saúde pública de qualidade.

## AGRADECIMENTOS

Esse trabalho representa um caminhar em busca do entendimento de um direito tão necessário quanto a saúde pública num país tão gigante quanto o Brasil. Materializa várias angústias, como jovem advogado que, após a conquista do diploma, não se conformou em explicar para as pessoas que a justiça não era a mesma coisa que a Justiça. Que assistiu (e, ao lado de muitos, resistiu contra) um golpe parlamentar, responsável por destituir uma presidenta democraticamente eleita, a ascensão do conservadorismo e a legitimidade do discurso de ódio e extermínio. O caminhar não foi solitário. Ao contrário: foi cercado de gente que colaborou nesse processo. O resultado final da pesquisa é justamente o reflexo de conversas, seminários, leituras, discussões, vivências e outros momentos de troca.

Agradeço aos meus pais e primeiros professores, Neide e Milton, pelo amor, apoio e paciência ao longo da vida e, principalmente, nesses últimos meses de isolamento para escrita. Aos meus irmãos, Junior e Davi, também pela compreensão e ausências. Aos demais familiares nas pessoas da vó Luzia e da Liginha, prima que acompanhou mais de perto a segunda jornada na FDA.

Aos amigos, a certeza de ter sempre um ombro para dividir reflexões e preocupações individuais e coletivas. À Karen Pimentel, por ser minha alma-gêmea acadêmica e responsável pela indicação de muitas das bibliografias desta pesquisa, às conversas pessoais sobre passado, presente e futuro. À Isabel Lins (Bel) e ao Emmanuel Feliphy (Manuca), agora correspondentes do Agreste e Sertão, pelo amadurecimento coletivo da amizade. À Gabriela Galvão (Gabi), companheira de viagens, cinemas, expectativas e desabafos, por não soltar a mão. Ao Leandro Batista (Léo), pelo bom humor e forma leve de lidar com as questões cotidianas. A estes, gratidão eterna por revisarem os artigos avaliativos antes da submissão ao crivo dos professores.

Ao Lawrence Estivalet (Law) e à Iodenis Borges (Iô) pelo carinho de uma firme amizade à distância e ao acompanhamento mútuo de nossas aventuras na pós-graduação em universidades distintas do país.

Ao Túlio de Andrade e ao Lucas Farias, por continuarem sendo grandes inspirações e gurus dos meus passos acadêmicos. À Larissa Siqueira (Lari), à Christye Ferreira (Chris), à Carolina Lima (Carols), Rikartiany Cardoso (Rika), Juliana Almeida (Ju), Juliana Morena (Ju Moris) e ao Raúl González (Hermano), pelos encontros.

Ao Centro Acadêmico Guedes de Miranda (CAGM), à Federação Nacional de Estudantes de Direito (FENED) e ao movimento estudantil da UFAL, espaços que me fizeram acreditar numa sociedade mais justa.

Aos amigos que ganhei no mestrado, com quem mais compartilhei os altos e baixos desse percurso, nas pessoas de Elita Isabella (Elira), Carolina Cavalcante (Queen C), João Arthur, Janaína Helena (Jana), Ingrid Paz (Guiga), Maria Eugênia, Tálita Baêta, Danilo Lucas, Larissa Mendes, Daniel Borba, André Luiz e Laryssa Custódio.

À Faculdade de Direito de Alagoas e ao EMAJ, locais em que sempre me sentirei acolhido, nas pessoas da Gárdia Rodrigues e da minha orientadora, Alessandra Marchioni, pessoas que me ensinaram muito profissionalmente. A esta última, agradeço à atenção, o carinho e os puxões de orelha desde a graduação. À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo financiamento do trabalho. À banca avaliadora, pela disponibilidade de tempo e contribuições na qualificação e vindouras.

Aos professores Fátima Siliansky e Wladimir Tadeu, pelas indicações bibliográficas e pela relação cortês. Aos professores Graça Gurgel, Gabriel Ivo e George Sarmento, pelos conselhos e diálogos extraclasse. Ao Rocha, pela abertura de mente e trato comigo mesmo. À Joana Barros (Jojô), pelo bom humor, revisões e pontuações sempre pertinentes sobre o trabalho.

“[...] não dá pra gente fingir que está tudo bem.  
Nós estamos há meses fazendo uma campanha que está marcada pelo ódio.  
Faz 30 anos que esse país saiu de uma ditadura.  
Muita gente morreu,  
muita gente foi torturada.  
Tem mãe que não conseguiu enterrar seu filho até hoje.

Outro dia, eu conversava com meu sogro  
e ele contava das torturas que sofreu durante a ditadura militar.  
Faz 30 anos,  
mas eu acho que a gente nunca esteve tão perto disso que aconteceu naquele momento.  
Se nós estamos aqui hoje,  
podendo discutir o futuro do Brasil,  
é porque teve gente que derramou sangue para ter democracia.

Se você vai poder votar no domingo, é porque teve gente que deu a vida para isso.  
E olha, quando eu nasci,  
o Brasil estava numa ditadura.  
Eu não quero que as minhas filhas cresçam num país com uma ditadura.

Sempre começa assim:  
arma,  
tudo se resolve na porrada  
e a vida do ser humano não vale nada.

Eu acho que nós temos que dar um grito nesse momento,  
botar a bola no chão  
e dizer:  
ditadura nunca mais!”

## RESUMO

O Sistema Único de Saúde brasileiro é resultado de um processo de ampla mobilização e discussão popular que teve seu auge na Constituinte. Pela primeira vez na história, o direito à saúde aparece constitucionalizado, com seus princípios e destinação orçamentária estabelecidos na Carta Constitucional. Entretanto, este processo não foi bastante para tornar a política pública de saúde efetiva em todo o território nacional, principalmente porque o momento de sua concretização foi concomitante ao início da implementação do tripé neoliberalismo, financeirização da economia e reestruturação produtiva no Brasil. De forma geral, a pesquisa objetiva averiguar a maneira pela qual o estabelecimento e a continuidade do SUS - enquanto política pública - foram abalados pela adesão estatal às diretrizes neoliberais através das contrarreformas e do subfinanciamento desse setor, favorecendo o ramo privado e destoando do previsto constitucionalmente. Assim, diante de um cenário de produção de crise na saúde, verifica-se a viabilidade do que foi positivado na Constituição e em outras legislações diante dos problemas orçamentários, materializados em Emendas Constitucionais. O estudo dos hospitais universitários - unidades prestadoras de ações e serviços de média e alta complexidade, além de centros de formação de profissionais de saúde - observa quais os valores determinantes na organização da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), diante dos questionamentos da comunidade universitária aos vilipêndios à democracia e à autonomia universitária. O método de abordagem utilizado na pesquisa é o dedutivo-indutivo e as pesquisas bibliográficas e documental guiam a dissertação. A racionalidade neoliberal que se impõe como lei geral da vida inviabiliza a participação cidadã nos espaços de discussão, elaboração, execução, decisão e fiscalização das políticas públicas. Inserida num contexto que aprofunda a precarização de direitos sociais e que enxerga na realização das “vontades do mercado” o critério balizador da atuação estatal, a classe trabalhadora se encontra alijada de uma prestação pública de ações e serviços de qualidade.

**Palavras-chave:** Neoliberalismo; Contrarreformas; Subfinanciamento; EBSERH.

## RESUMEN

El Sistema Único de Salud brasileño es el resultado de un proceso de amplia movilización y discusión popular que tuvo su auge en la Constituyente. Por la primera vez en historia, el derecho a la salud aparece constitucionalizado, con sus principios y asignación presupuestaria establecidos en la Carta Constitucional. Sin embargo, este proceso no fue suficiente para hacer la política pública de salud efectiva en todo el territorio nacional, principalmente porque el momento de su concreción fue concomitante al inicio de la implementación del trípode neoliberalismo, la financierización de la economía y reestructuración productiva en Brasil. En general, la investigación objetiva averiguar la manera en que el establecimiento y la continuidad del SUS - como política pública - fueron sacudidos por la adhesión estatal a las directrices neoliberales a través de las contrarreformas y de la subfinanciación de ese sector, favoreciendo la rama privada, en desacuerdo con el previsto constitucionalmente. Así, ante un escenario de crisis producida en la salud, se verifica la viabilidad de lo que fue positivado en la Constitución y en otras legislaciones ante los problemas presupuestarios, materializados en Enmiendas Constitucionales. El estudio de los hospitales universitarios - unidades prestadoras de acciones y servicios de media y alta complejidad, además de centros de formación de profesionales de salud - observa cuáles son los valores determinantes en la organización de la Empresa Brasileña de Servicios Hospitalarios (EBSERH), ante los cuestionamientos de la comunidad universitaria a los vilipendios a la democracia y la autonomía universitaria. El método de abordaje a ser utilizado en la investigación es el deductivo-inductivo, y las investigaciones bibliográficas y documental guían la disertación. La racionalidad neoliberal que se impone como ley general de la vida inviabiliza la participación ciudadana en los espacios de discusión, elaboración, ejecución, decisión y fiscalización de las políticas públicas. Inserida en un contexto que profundiza la precarización de derechos sociales y que ve en la realización de las "voluntades del mercado" el criterio indicador de la actuación estatal, la clase trabajadora se encuentra alijada de una prestación pública de acciones y servicios de calidad.

**Palabras clave:** Neoliberalismo; Contrarreformas; Subfinanciación; EBSERH.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Porcentagem da distribuição do emprego informal ao redor do mundo .....	38
Figura 2 – Tirinha da Mafalda que representa o domínio do FMI e do BM sobre a soberania dos Estados Nacionais.....	41
Figura 3 – Comparação da cifra de negócio das empresas com os rendimentos consignados nos orçamentos dos países .....	55
Figura 4 – Publicidade do Banco Santander de 2016/2017.....	56
Figura 5 – Distribuição dos Fóruns participantes da FNCPS.....	90
Figura 6 – Ilustração do Banco Mundial sobre a necessidade das (contra)reformas .....	106
Figura 7 – Determinantes da ineficiência do SUS de acordo com o Banco Mundial .....	109
Figura 8 – Orçamento federal executado em 2018.....	122
Figura 9 – IFES com Hospitais Universitários Federais .....	156

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Brasil: pagamentos ao Banco Mundial.....	45
Gráfico 2 – Chile: pagamentos multilaterais .....	45

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Fórmula original do direito à saúde .....	80
Tabela 2 – Principais diretrizes do Banco Mundial à saúde pública brasileira .....	102
Tabela 3 – Aplicação da fórmula original do direito à saúde .....	134
Tabela 4 – Estrutura de governança da EBSEH .....	158

## **LISTA DE ABREVIACÕES**

ADCT: Ato das Disposições Constitucionais Transitórias;

ADI: Ação Direta de Inconstitucionalidade;

BM/BIRD: Banco Mundial;

CF: Constituição Federal;

CNS: Conselho Nacional de Saúde;

DGT: Demonstrativo de Gastos Tributários;

DIT: Divisão Internacional do Trabalho;

DRU: Desvinculação de Receitas da União

EBSERH: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares;

EC: Emenda Constitucional;

FMI: Fundo Monetário Internacional;

FNCPS: Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde;

FNS: Fundo Nacional de Saúde;

HU: Hospital Universitário;

HUPAA: Hospital Universitário Professor Alberto Antunes;

LDO: Lei de Diretrizes Orçamentárias;

OIT: Organização Internacional do Trabalho;

OMS: Organização Mundial de Saúde;

ONU: Organização das Nações Unidas;

PIB: Produto Interno Bruto;

REHUF: Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais;

STF: Supremo Tribunal Federal;

SUS: Sistema Único de Saúde;

TCU: Tribunal de Contas da União.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>2 CRISE, GLOBALIZAÇÃO ECONÔMICA E PÓS-DEMOCRACIA: A CONSOLIDAÇÃO DO NEOLIBERALISMO.....</b>	<b>21</b>
2.1 ORIGENS DO NEOLIBERALISMO: UMA BREVE INTRODUÇÃO .....	22
2.2 CRISE ESTRUTURAL E ASCENSÃO DA NOVA RACIONALIDADE NEOLIBERAL: A EDIFICAÇÃO DE UMA TRÍPODE PROFUNDAMENTE DESTRUTIVA .....	24
<b>2.2.1 Neoliberalismo e globalização econômica .....</b>	<b>26</b>
<b>2.2.2 Financeirização da economia: nova divisão internacional do trabalho, sistema da dívida pública e Consenso de Washington .....</b>	<b>29</b>
<b>2.2.3 Reestruturação produtiva e a formação/aprofundamento do precariado .....</b>	<b>34</b>
2.3 DEMOCRACIA E MERCADO: O PAPEL DAS ORGANIZAÇÕES INTERNACIONAIS NA SUPRESSÃO DA SOBERANIA POPULAR NOS ESTADOS NACIONAIS .....	39
<b>2.3.1 Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Mundial (BM) e Organização Mundial do Comércio (OMC): as instituições que governam a globalização.....</b>	<b>40</b>
<b>2.3.2 Democracia ou voto dos mercados? .....</b>	<b>46</b>
2.3.2.1 Soberania popular: qual o verdadeiro sentido da democracia na sociedade contemporânea? .....	47
2.3.2.2 Soberania dos mercados e o caráter antidemocrático do neoliberalismo .....	52
<b>3 DA CONSTITUCIONALIZAÇÃO ÀS CONTRARREFORMAS: SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E O DIREITO À SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....</b>	<b>63</b>
3.1 PROCESSO HISTÓRICO DE CONSTITUCIONALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL .....	64
<b>3.1.1 O SUS como um legado da CF: princípios, diretrizes e as Leis Orgânicas de Saúde .....</b>	<b>73</b>
<b>3.1.2 Participação popular e controle social no SUS: democracia sanitária.....</b>	<b>80</b>
3.1.2.1 Democracia Sanitária.....	82
3.1.2.2 Conselhos e conferências de saúde: a participação institucionalizada como referência mínima da participação popular .....	86
3.1.3.3 A participação não institucionalizada: a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS) como referência organizacional .....	89
3.2 O ABISMO ENTRE O SUS REAL E O SUS CONSTITUCIONAL: CONTRARREFORMAS, DESCONSTITUCIONALIZAÇÃO E A ATUAÇÃO DO BANCO MUNDIAL NA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA .....	91

<b>3.2.1 A utilização de princípios é suficiente para a realização da saúde pública?.....</b>	<b>91</b>
<b>3.2.2 Contrarreformas na saúde e desconstitucionalização do SUS .....</b>	<b>99</b>
<b>3.2.3 O papel do Banco Mundial no direcionamento das políticas públicas de saúde no Brasil e a prevalência da soberania dos mercados .....</b>	<b>102</b>
<b>3.2.3 A impossibilidade de um “ajuste justo” neoliberal: breve análise da seção “Saúde: alternativas para oferecer mais e melhores serviços” (2017) e do documento “Propostas de reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro” (2018) .....</b>	<b>105</b>
<b>4 FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA E DIRECIONAMENTO DE RECURSOS NO ESTADO MÍNIMO: AS INTENÇÕES DA CONSTITUINTE SOTERRADAS PELO NOVO REGIME FISCAL.....</b>	<b>111</b>
<b>4.1 SUBFINANCIAMENTO E “DANÇA DAS FONTES”: CRISE (PRODUZIDA) NA SAÚDE.....</b>	<b>112</b>
<b>4.2 AS EMENDAS CONSTITUCIONAIS AO ARTIGO 198 DA CF: INCERTEZAS NO ORÇAMENTO DA SAÚDE.....</b>	<b>116</b>
<b>4.3 AS EMENDAS (IN)CONSTITUCIONAIS Nº 86/2015 E Nº 95/2016: O NOVO (E ULTRALIBERAL) REGIME FISCAL APLICADO À SAÚDE PÚBLICA.....</b>	<b>120</b>
<b>4.4 DESVINCULAÇÃO DE RECEITAS DA UNIÃO (DRU), CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS E (DES)ORGANIZAÇÃO DO ORÇAMENTO .....</b>	<b>126</b>
<b>4.5 RENÚNCIA FISCAL NA ARRECADAÇÃO EM SAÚDE .....</b>	<b>127</b>
<b>4.6 PRECARIZAR PARA PRIVATIZAR: A SAÚDE É DIREITO OU MERCADORIA?.</b>	<b>133</b>
<b>5 CRISE NOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E EBSEH: PÓS-DEMOCRACIA E AUTONOMIA UNIVERSITÁRIA ÀS AVESAS.....</b>	<b>138</b>
<b>5.1 A OMS E O SEMINÁRIO “A FUNÇÃO ADEQUADA DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS NO SISTEMA DE SAÚDE” .....</b>	<b>140</b>
<b>5.2 ANTECEDENTES DA EBSEH: ACÓRDÃOS DO TCU, REHUF e MP Nº 520/2010 .....</b>	<b>143</b>
<b>5.3 O ESTABELECIMENTO DA EBSEH: A (I)LEGITIMIDADE DEMOCRÁTICA DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA EMPRESA E O PRINCÍPIO DA AUTONOMIA UNIVERSITÁRIA .....</b>	<b>148</b>
<b>5.3.1 A natureza jurídica da EBSEH e a política de financiamento .....</b>	<b>149</b>
<b>5.3.2 O questionamento da constitucionalidade da Lei nº 12.550/2011 .....</b>	<b>153</b>
<b>5.3.3 A ausência de participação popular na EBSEH: do processo de adesão às instâncias decisórias .....</b>	<b>155</b>

<b>5.3.4 Autonomia universitária às avessas e desconsideração da democracia sanitária: estudo de caso da exoneração da superintendente do HUPAA em junho de 2017.....</b>	<b>161</b>
<b>6 CONCLUSÃO.....</b>	<b>168</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>175</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Em seus 30 anos de história, o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro é apontado como uma das grandes políticas públicas pós-redemocratização, dada sua universalidade, integralidade e gratuidade, ao mesmo tempo em que é representado como um modelo de gestão pública burocratizado e lento.

À parte das diferentes concepções envolvendo o sistema de prestação de ações e serviços de saúde, um fato divulgado pela Agência Nacional de Saúde (ANS) se destaca: mais de 75% da população brasileira depende exclusivamente dos serviços de atenção – da básica à alta complexidade – do SUS.

O conceito de saúde, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), não se refere somente à ausência de doença, mas também ao completo bem-estar físico, psíquico e social dos seres humanos. Muito embora não seja possível considerar alguém como “saudável” tão somente quando atendidos os critérios acima listados em sua plenitude, tal definição pode ser considerada um marco sobre a matéria, tendo em vista que é responsável por retirar a dimensão meramente subjetiva da responsabilidade pela saúde.

Nesse sentido, a Lei nº 8.080/1990 considera que, para além do atendimento médico-hospitalar, a efetivação deste direito compreende também à observância dos níveis de organização social e econômica do País. Ou seja, o sistema de saúde brasileiro é reflexo das escolhas legislativas, orçamentárias e administrativas tomadas pelos governantes nos três âmbitos federais, respaldados – ou não – pelos cidadãos. Portanto, busca-se deixar evidente que a saúde, da mesma maneira que outros direitos sociais, é uma política pública de Estado.

É certo também que a saúde pública brasileira é um campo constante de disputas, conforme se pode perceber a partir do que significou a constitucionalização deste direito em 1988. Em decorrência disso, a correlação de forças determina a (in)observância daquilo que deveria estar cristalizado.

Com o aprofundamento do neoliberalismo na América Latina a partir da década de 1990, atesta-se o aumento da dissonância entre o que pretendiam as Constituições dos países recém-saídos de ditaduras civis-militares e aquilo que era exigido pelos organismos internacionais, responsáveis por articular o sistema da dívida pública – como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional –, resultando quase sempre no atendimento aos interesses destes últimos. Assim, recursos diversos foram utilizados para garantir a soberania dos mercados: da adoção de discursos (a única via neoliberal) ao emprego de mecanismos jurídicos, a exemplo das emendas constitucionais, na qual a EC nº 95 é um exemplo.

O discurso da crise e da burocracia estatal possibilitaram contrarreformas, flexibilizações, desregulamentações de direitos trabalhistas e privatizações. A análise “técnica”, “neutra” e “eficiente” da Constituição, bem como das legislações infraconstitucionais visa substituir a natureza política do Direito, escamoteando que a racionalidade neoliberal, não é uma única via, mas também uma escolha política.

O prisma da dignidade da pessoa humana e da justiça social, apesar de diretrizes máximas do Estado Democrático de Direito, são inviabilizados a partir do viés gerencial, apresentado como garantia da “saúde financeira” dos Estados.

Neste caso, observa-se que a centralidade da democracia participativa no planejamento e execução das políticas públicas é substituída pela chamada “vontade dos mercados” na qual os 75% da população brasileira dependente do SUS é visto como um potencial mercado consumidor.

É característica ainda da racionalidade neoliberal, a substituição da figura do cidadão pela do consumidor. Desconsidera-se, portanto, a obrigação estatal no sentido de quanto maior a articulação entre políticas públicas que determinam e condicionam o fator saúde – a exemplo de alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, atividade física, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais – melhor a prestação dessas ações e serviços, sem contar na qualidade de vida da população. Para os mercados, se alguém pretende ter melhor qualidade de vida, que pague por ela.

O que ficará evidente ao longo da pesquisa é justamente essa duplicidade entre cidadão e consumidor, entre saúde enquanto política pública e sua financeirização, bem como entre a apropriação do público pelo privado, que perpassa a questão orçamentária e de modelos de gestão, estes últimos tratados muitas vezes de forma mais central que o sistema de prevenção e assistência à saúde da população brasileira, ou seja, que a sua sobrevivência.

Os hospitais universitários federais despontam como a maior rede pública hospitalar nacional vinculada ao SUS – referência na assistência de média, alta complexidade e na formação de profissionais dos cursos de saúde – contando atualmente com 50 unidades distribuídas em todo o país.

Não obstante, desde a década de 1980, fala-se em uma crise nos HUs gerada principalmente pela falta de recursos, tecnologia e pessoal nessas unidades. Diante de irregularidades jurídicas causadas pela contratação de servidores terceirizados e das problemáticas relações entre as Universidades e as Fundações de Apoio, o Tribunal de Contas da União, por meio de acórdãos, indicou a necessidade de o Poder Executivo resolver tais ilegalidades.

Como resultado, foi estabelecido o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) e a Lei nº 12.550/2011, que criou a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), um modelo de gestão que de forma centralizada, coordena os hospitais universitários, transformados em filiais desta. Para que o processo mencionado ocorresse, as Universidades deveriam assinar um contrato de gestão no qual cederiam a administração do HU à empresa.

Foi iniciada uma série de debates em todo o Brasil questionando se essa seria a melhor forma de lidar com a delicada situação dos hospitais universitários, principalmente em razão da duvidosa constitucionalidade da Lei nº 12.550/2011 e das questionáveis experiências de publicização da saúde pública, que, mais uma vez, destoam das intenções do constituinte originário quando da criação do SUS.

Dessa forma, o fio condutor da pesquisa foi a investigação dos pontos de compatibilidade e incompatibilidade existentes entre a legislação do SUS e a da EBSERH, bem como a observação de situações que ocorreram ao tempo do estudo e que influenciaram no objeto deste trabalho, a exemplo das adesões monocráticas, destoantes da vontade da comunidade acadêmica à EBSERH; a implementação do novo regime fiscal do Governo Temer; e a exoneração da Superintendente Profa. Dra. Fátima Siliansky do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA/UFAL) após a realização de um Seminário no Congresso Nacional.

Tendo em vista esta contextualização, levantam-se alguns questionamentos:

1. É possível assegurar os direitos sociais previstos pela Constituição Federal diante da nova racionalidade global que tem como grande parâmetro a pós-democracia assentada na soberania dos mercados? Como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional passaram a interferir nas políticas sociais dos países periféricos?

2. De que forma foi realizado o processo de constitucionalização da saúde no Brasil? Por que existe uma diferença entre o SUS descrito na constituição e sua realização na prática? Os três poderes e os entes federativos observam a legislação no sentido de garantir o cumprimento dos direitos? Se não, o que os impede?

3. O orçamento público brasileiro está comprometido com a realização do SUS? Existem fontes fixas para a saúde pública? O que impossibilita, por exemplo, o aumento do investimento público na saúde? O novo regime fiscal alterou em algum ponto a distribuição de recursos sanitários? Quais as prioridades financeiras do Estado brasileiro?

4. Como a crise na saúde impactou os hospitais universitários e de que maneira o Poder Executivo lidou com essa questão? Quais os problemas de inconstitucionalidade da Lei nº

12.550/2011 e de que forma a implementação da EBSEH pode criar uma situação de irreversibilidade na gestão dos HUs brasileiros? No caso do HUPAA/UFAL, quais os ganhos e/ou perdas na participação popular, acadêmica e relacionadas à autonomia universitária são observados desde a sua implementação até junho de 2017?

O objetivo geral da pesquisa é investigar de que forma a consolidação e a manutenção do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro foram impactadas pela adesão do Estado às diretrizes neoliberais por meio de contrarreformas na saúde pública e do subfinanciamento desse setor, favorecendo o ramo privado e em contraste direto com o previsto pela Carta Magna. No caso dos hospitais universitários – enquanto unidades prestadoras de ações e serviços de média e alta complexidade principalmente, além de centros de formação de profissionais de saúde – buscará observar quais os valores determinantes na organização da EBSEH, diante dos questionamentos da comunidade acadêmica aos vilipêndios à democracia e à autonomia universitária.

Para a consumação deste propósito geral, busca-se a realização dos objetivos específicos que serão descritos a seguir.

Num primeiro momento, o trabalho visa entender a crise estrutural do capital, conceito desenvolvido por István Mészáros, bem como a caracterização de Ricardo Antunes acerca da consolidação do tripé destrutivo - formado pelo neoliberalismo, a financeirização da economia e a reestruturação produtiva –, tendo na pós-democracia, desenvolvida por Pierre Dardot e Christian Laval, e na soberania dos mercados, descrita por Atílio Boron, os elementos característicos de uma racionalidade que impõe aos Estados Nacionais e seus cidadãos um modelo único de organização social, política e econômica.

O estudo então passa a descrever o processo de constitucionalização da saúde pública brasileira, tendo como enfoque seus princípios e diretrizes, bem como as questões diretamente relacionadas à democracia sanitária, contrastando-se o dever ser (SUS constitucional) ao ser (SUS real), a partir da análise das contrarreformas e diretrizes do Banco Mundial aplicadas ao Estado brasileiro.

Diante de um cenário de crise na saúde (subfinanciamento, fortalecimento da saúde complementar em detrimento da pública, *mix* público-privado, entre outros), a pesquisa irá verificar a viabilidade do que foi positivado na Constituição e em outras legislações, principalmente tendo em conta a previsão orçamentária e as recentes emendas constitucionais.

Por último, procura-se apresentar como a alegada “crise na saúde pública” interferiu nos Hospitais Universitários, questionando a suficiência das propostas do Poder Executivo para

superá-la e, mais concretamente, a Lei nº 12.550/2011, que cria a EBSEH, com um breve estudo de caso da implementação desta no HU Professor Alberto Antunes (HUPAA/UFAL).

O método de abordagem a ser utilizado na pesquisa é o dedutivo-indutivo, no qual parte-se de uma ideia geral – a crise estrutural do capital, a construção da trípole (neoliberalismo, financeirização e reestruturação produtiva) e a pós-democracia neoliberal – para a análise da EBSEH, portanto, uma realidade concreta (sendo verificada a etapa dedutiva do método). No caminho inverso, a observação do caso levará a conclusões que estruturarão a teoria de base (comprovando-se a parte indutiva). A metodologia jurídica visa relacionar o âmbito das normativas internacionais ao que se verifica na saúde pública brasileira e na realidade do HUPAA.

Entre as fontes imediatas jurídico-formais para a pesquisa bibliográfica e documental estão a doutrina, as normas internacionais e nacionais que garantem o direito à saúde, bem como as que dispõem acerca da EBSEH, outros documentos e pareceres produzidos pelo Ministério Público Federal, Supremo Tribunal Federal, Presidência da República, Ministérios da Saúde, Educação e Planejamento, EBSEH, Conselho Nacional de Saúde e movimentos sociais, a exemplo da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS).

A forma de abordagem do problema dar-se-á de maneira qualitativa, na qual o objetivo é extrair as informações pormenorizadas da realidade em análise. Quanto aos procedimentos utilizados estão a pesquisa bibliográfica, a documental e o estudo de caso. Sobre a pesquisa documental, tratar-se-á, majoritariamente, da técnica de documentação indireta, por meio da coleta de dados e informações por meio de consulta digital e de visitas com a realização de conversas informais no HUPAA.

Sendo uma pesquisa no campo das ciências sociais aplicadas, os métodos de procedimentos em questão são o monográfico, ao se debruçar sobre aspectos específicos aos quais o estudo dará margem, e o método observacional, quando da análise do caso concreto.

Destaca-se a interdisciplinaridade do trabalho, no qual o direito busca aporte em temas e leituras da filosofia, sociologia, sociologia do trabalho, economia, ciência política e serviço social para completar a abordagem. Entende-se como importante a pesquisa junto aos movimentos sociais, ou pelo menos, dar espaço à fala destes, razão pela qual, dados, pesquisas e reportagens veiculados pela Associação de Professores da Universidade Federal do Paraná (APUFPR), pela Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS), pelo Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior (ANDES) e pelo Sindicato dos Trabalhadores da Universidade Federal de Alagoas (SINTUFAL) comporão as referências da dissertação.

Em função da ausência de bibliografias do Direito que se debruçam acerca do tema, da novidade jurídica que representa e da magnitude do alcance social da EBSEH nas políticas públicas de saúde e educação – bem como sobre sua (i)reversibilidade, tendo em vista as incertezas acerca de sua constitucionalidade –, entende-se que o trabalho contribui ao reunir, ampliar e divulgar as pesquisas que vêm sendo realizadas, trazendo novas conclusões e constatando outras realidades, principalmente em uma das unidades federativas mais carentes do país e com uma população massivamente dependente do SUS.

A pesquisa foi organizada em quatro capítulos, cada um contendo reflexões iniciais acerca do que será abordado e estabelecendo conexões com os demais capítulos.

O capítulo inicial desenhará as principais bases da crise estrutural do capital a partir da década de 1970 que teve no neoliberalismo, na financeirização da economia e na reestruturação produtiva as respostas para manter a lucratividade do sistema capitalista. As categorias anteriormente descritas serão analisadas a partir das leituras de autores como Pierre Dardot, Christian Laval, István Mészáros e Ricardo Antunes.

Se o capital se expande para manter seu domínio, o faz às custas do trabalho e dos trabalhadores. Neste sentido, a partir da discussão acerca da pós-democracia neoliberal, será analisada a desarmonia existente entre os parâmetros democráticos e a soberania de mercado imposta pela nova racionalidade, conforme as anotações de Atílio Boron.

Em seguida, o Capítulo 3 apresentará o processo de constitucionalização da saúde pública brasileira, que, como direito dos cidadãos e dever do Estado, foi reconhecido apenas em 1988. Desta forma, além do destaque dado à VIII Conferência Nacional de Saúde e à construção do Sistema Único de Saúde, serão apresentadas as disposições constitucionais atuais, enfatizando-se a questão da participação popular, entendida sob o viés da democracia sanitária, compreendida nas acepções institucionalizada e não institucionalizada. Para tanto, serão utilizados autores como Maria Inês Souza Bravo, Maria Valéria Costa Correia, Fernando Aith e Maria Lucia Teixeira Werneck Vianna.

Após a descrição do dever ser constitucional, o estudo irá propor o destaque dos pontos problemáticos na implementação do SUS que influenciam diretamente – e primordialmente – a efetivação do direito à saúde da população que depende exclusivamente desta política pública. Refletindo os pontos relacionados ao neoliberalismo, reestruturação produtiva e democracia apresentados no Capítulo 2, serão questionados a insuficiência na utilização dos princípios, as contrarreformas e o processo de desconstitucionalização do SUS, expostas pelas diversas diretrizes do Banco Mundial direcionadas à saúde.

Por essa razão se analisará as duas propostas mais recentes feitas ao Brasil: (a) “Um ajuste justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil”, de 2017, encomendada por Michel Temer; e (b) “Propostas de reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro”, de 2018, apresentada na época das eleições aos presidentiáveis.

É preciso assimilar como são distribuídos os recursos no Brasil, para observar a pertinência ou não dos argumentos que se posicionam contra a universalidade e gratuidade do SUS, por exemplo. Trabalhando com a perspectiva da financeirização da saúde articulada à racionalidade neoliberal, o Capítulo 4 identificará os principais problemas orçamentários atinentes à saúde pública, questionando se o subfinanciamento é inevitável ou se ele representa uma escolha política.

Assim, serão postas em evidência as principais propostas financeiras para a saúde brasileira, a exemplo das Emendas Constitucionais que trataram do SUS nos últimos anos – nº 29/2000, nº 86/2015 e nº 95/2016 –, passando pelas sucessivas prorrogações da desvinculação de receitas da União e na problemática da renúncia fiscal em saúde. Ao final, será proposta uma reflexão acerca da precarização associada à privatização. Aqui, destaca-se a utilização de Laura Carvalho, Fernando Facury Scaff, Carlos Ocké-Reis e outros renomados pesquisadores da área da saúde, do direito financeiro e orçamentário, bem como de documentos públicos, a exemplo das Petições Iniciais de Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADI) – nº 5.239, nº 5.595 e nº 5.658.

Após a explanação da racionalidade neoliberal, das contradições existentes entre o previsto constitucionalmente e o aplicado, bem como nas escolhas orçamentárias que o Estado – neoliberal – brasileiro faz, o estudo de caso da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) aparecerá no Capítulo 5, encadeando debates referentes à pós-democracia e a financeirização da saúde.

Será exposto como – a partir de sucessivas denúncias do Tribunal de Contas da União (TCU), materializadas nos acórdãos nº 1.520/2006, nº 2.731/2008 e nº 2.813/2009 – se chegou ao Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) e à Lei nº 12.550/2011, responsável por criar a EBSERH, e sua correlata ADI nº 4.895, proposta pela Procuradoria Geral da República.

Ao final, questionando a compatibilidade entre o modelo gerencial de administração pública e a democracia participativa, a pesquisa analisará situações em que a legitimidade democrática e a autonomia universitária, princípios constitucionalmente previstos e dos mais caros à Lei Maior, foram violados.

## 2 CRISE, GLOBALIZAÇÃO ECONÔMICA E PÓS-DEMOCRACIA: A CONSOLIDAÇÃO DO NEOLIBERALISMO

*Crises econômicas não podem ser separadas do resto do sistema. A fraude, a dominação do capital e a exploração da classe trabalhadora não podem continuar para sempre<sup>1</sup>.*

O fim do século XX foi marcado pela expansão capitalista em todo o globo terrestre. A partir da década de 1970, construiu-se uma nova racionalidade expressada pela máxima da globalização que, após o fim da Guerra Fria, foi ganhando mais espaço, sendo erguida e implementada com repercussão na vida dos Estados e dos indivíduos.

O presente capítulo busca descrever o cenário internacional da globalização econômica, seus principais agentes e instituições, a exemplo do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional (FMI), bem como os programas de governança global que, ao reorganizar a divisão internacional do trabalho, impactaram a conformação democrática e a configuração de direitos e instituições públicas nos Estados.

Entender o neoliberalismo como um projeto racional, pensado por especialistas e aplicado por governos em detrimento de outros propósitos, é essencial para evitar a naturalização ou pensamento único acerca das escolhas governamentais e de Estado, propondo um constante questionamento acerca do modelo de desenvolvimento e possibilidades de transformações sociais. Ao salientar que o neoliberalismo não é algo autônomo ou alheio ao modo de produção capitalista, o primeiro item do trabalho busca introduzir seu momento fundador, bem como listar seus principais teóricos e as bases do pensamento.

Na atualidade, o discurso de “crise” aparece para legitimar a realização de mudanças que retiram direitos adquiridos ao longo do século passado pelos cidadãos em todo o mundo. Portanto, faz-se necessária a compreensão do significado da crise estrutural do capital, estudada pelo filósofo húngaro István Mészáros, adicionando elementos essenciais pesquisados pelo sociólogo brasileiro Ricardo Antunes, mais especificamente a trípole destrutiva composta pelo neoliberalismo, financeirização da economia e reestruturação produtiva do trabalho, característicos desta conjuntura, o que será demonstrado no segundo item.

Com o advento do novo estágio do capitalismo, a razão de existência do Estado passa a ser voltada à garantia de lucros e da estabilidade financeira do sistema capitalista. Por esse motivo, no terceiro item, será proposta uma reflexão acerca da governança e da contraposição

---

<sup>1</sup> MÉSZÁROS, István. **A crise estrutural do capital**. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2016, p. 133.

entre mercado e democracia no neoliberalismo, a partir das anotações de Christian Laval e Pierre Dardot, filósofos franceses que dissertam acerca da pós-democracia e da “mercadorização da instituição pública”, e de Atílio Boron, cientista político argentino que enxerga as empresas transnacionais e as organizações internacionais como “novos leviatãs”. Indaga-se a quem, de fato, pertence a soberania do chamado Estado Contemporâneo: se aos mercados ou ao povo.

No caso do Brasil, o fato de o país passar pela transição democrática pós-ditadura, e consequente constituinte, ao fim da década de 1980 – período da primeira grande onda de implementação das medidas neoliberais no mundo – trouxe um paradoxo que afeta até hoje a realização dos direitos sociais no Estado Democrático de Direito: a Carta Magna prevê uma série de garantias e o Estado não as realiza, propondo contrarreformas estruturais ao que foi constitucionalizado.

## 2.1 ORIGENS DO NEOLIBERALISMO: UMA BREVE INTRODUÇÃO

Surgido na década de 1930 como uma das alternativas ao liberalismo em crise, o neoliberalismo defendia a liberdade comercial entre empresas privadas, questionando políticas “redistributivas, assistenciais, planificadoras e protecionistas que se desenvolveram desde o fim do século XIX”<sup>2</sup>.

Pierre Dardot e Christian Laval afirmam que o Colóquio Walter Lippmann, que ocorreu em Paris no ano de 1938, foi o marco fundador da corrente neoliberal<sup>3</sup>. Os autores destacam a força intelectual do movimento, que propunha a articulação a nível internacional e, mais tarde, foi responsável pela criação de outros institutos, a exemplo da Comissão Trilateral e do Fórum Econômico Mundial de Davos. Nesse sentido, destacam-se as participações, no referido Colóquio, dos acadêmicos franceses Jacques Rueff e Raymond Aron; dos alemães Wilhelm Röpke e Alexandre von Rüstow; e do austríaco Friedrich Hayek; além de outros estudiosos vinculados ao Instituto Universitário de Altos Estudos Internacionais (Genebra), da *London School of Economics* e da Universidade de Chicago<sup>4</sup>.

<sup>2</sup> DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo**. Ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2016, p. 69-71.

<sup>3</sup> De outro modo, Perry Anderson considera que o momento fundador do neoliberalismo foi no Pós II Guerra Mundial, com a fundação da sociedade de *Mont Pèlerin*, “uma espécie de franco-maçonaria neoliberal, altamente dedicada e organizada, com reuniões internacionais a cada dois anos”. ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo (orgs.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. 6. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003, p. 9.

<sup>4</sup> DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. *Op. Cit.*, p. 71-72.

Apesar de conter diversas concepções, a exemplo da corrente norte-americana (de influência austríaca) e da corrente alemã, o neoliberalismo propôs demarcar a partir do Colóquio, ao menos em bases teóricas, uma diferenciação com o que considerava seus maiores inimigos: o reformismo, o comunismo e o fascismo, opondo um “*front* unido ao ‘intervencionismo de Estado’ e à ‘escalada do coletivismo’”<sup>5</sup>.

Diferente de um *laissez-faire* desmedido, os neoliberais propunham a refundação das bases liberais, criando uma “ordem legal no interior da qual a iniciativa privada, submetida à concorrência, possa desenvolver-se com toda a liberdade”, estabelecendo uma agenda que mantenha permanentemente a chamada ordem de mercado<sup>6</sup>.

Em nome de uma suposta absoluta ordem “natural” do mercado, reforçou um caráter conservador dessa nova forma de liberalismo<sup>7</sup> pois

o neoliberalismo não se pergunta mais sobre que tipo de limite dar ao governo político, ao mercado (Adam Smith), aos direitos (John Locke) ou ao cálculo da utilidade (Jeremy Bentham), mas, sim, sobre como fazer do mercado tanto o princípio do governo dos homens como o governo de si. Considerado uma racionalidade governamental, e não uma doutrina mais ou menos heteróclita, o neoliberalismo é precisamente o desenvolvimento da lógica do mercado como lógica normativa generalizada, desde o Estado até o mais íntimo da subjetividade<sup>8</sup>.

Friedrich Hayek (1899-1992), um dos grandes influentes do neoliberalismo e autor da obra “O caminho da servidão”, defendia a existência de três leis fundamentais que sintetizavam o direito privado: “a liberdade de contrato, a inviolabilidade da propriedade e o dever de compensar o outro pelos danos que lhes são causados”<sup>9</sup>. Aquilo que o autor considerava “o núcleo fundamental das regras de conduta justa” estava concentrado, portanto, na preservação do mercado e de sua ordem.

Apesar de reconhecerem que se trata de uma metamorfose do capitalismo, Dardot e Laval atribuem ao neoliberalismo uma “grande virada” causadora de profundo impacto social, sendo caracterizado para além de seu sentido meramente ideológico ou de política econômica, mas como “um sistema normativo que ampliou sua influência ao mundo inteiro, estendendo a

---

<sup>5</sup> DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo**. Ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2016, p. 73.

<sup>6</sup> *Idem. Ibidem*, p. 80;82.

<sup>7</sup> *Idem. Ibidem*, p. 84.

<sup>8</sup> *Idem. Ibidem*, p. 34.

<sup>9</sup> *Idem. Ibidem*, p. 168.

lógica do capital a todas as relações sociais e todas as esferas da vida”, com uma capacidade relevante de autofortalecimento<sup>10</sup> à custa das classes exploradas<sup>11</sup>.

## 2.2 CRISE ESTRUTURAL E ASCENSÃO DA NOVA RACIONALIDADE NEOLIBERAL: A EDIFICAÇÃO DE UMA TRÍPODE PROFUNDAMENTE DESTRUTIVA

Apesar de seu surgimento na década de 1930, o neoliberalismo ganhou força como política global de Estado a partir da década de 1970, tendo como marco a crise estrutural do capital, diante da incapacidade de “autoexpansão produtiva” deste<sup>12</sup> pelo esgotamento do “ciclo expansivo e reformista pós-segunda guerra”<sup>13</sup>.

Como consequência, observa-se o desmonte do Estado a partir da constatação da falência “dos dois mais arrojados sistemas estatais de controle e regulação do capital experimentados no século XX”: (a) o keynesianismo, demarcado pelo *Welfare State* nos países do Norte e de políticas pontuais de Bem-Estar Social no Sul do globo; e (b) o Estado “pós capitalista”, de “tipo soviético”<sup>14</sup>. Nas duas situações, “o ente político regulador fora desregulado, ao final de um longo período pelo próprio sistema sociometabólico<sup>15</sup> do capital”<sup>16</sup>.

Em contraposição a uma fase meramente cíclica de crises, anteriores à década de 1960, a crise estrutural do capital se manifesta por uma permanente depressão na qual “embora pudesse haver alternância em seu epicentro, [...] se mostra longa e duradoura, sistêmica e estrutural”<sup>17</sup>.

Werneck Vianna aduz que são três os vetores de materialização da crise do *Welfare State*: econômico, dado o quadro de recessão; social, constatadas modificações na demografia

<sup>10</sup> DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo**. Ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2016, p. 7-8.

<sup>11</sup> BORON, Atilio. Los nuevos leviatanes y la polis democrática. In: BORON, Atilio. **Tras el búho de Minerva**. Mercado contra democracia en el capitalismo de fin de siglo. Buenos Aires: CLACSO, 2000, p. 86. Disponível em: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20100614113052/5cap4.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2019.

<sup>11</sup> ANTUNES, Ricardo. Introdução. A substância da crise. In: MÉSZÁROS, István. **A crise estrutural do capital**. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2016, p. 10.

<sup>12</sup> MÉSZÁROS, István. **Para além do Capital**. São Paulo: Boitempo, 2016, p. 95.

<sup>13</sup> BORON, Atilio. *Op. Cit.*, p. 78.

<sup>14</sup> ANTUNES, Ricardo. *Op. Cit.*, p. 10.

<sup>15</sup> O sistema sociometabólico do capital diz respeito à forma das relações homem e natureza que são estabelecidas no modo de produção. Não significa meramente a relação econômica. Para Mészáros, o capital é uma relação social representada por “uma forma incontrolável de controle sociometabólico” que visa se expandir. MÉSZÁROS, István. *Op. Cit.*, p. 96.

<sup>16</sup> ANTUNES, Ricardo. *Op. Cit.*, p. 10-11.

<sup>17</sup> *Idem. Ibidem*, p. 10.

da população dos Estados, crescimento da expectativa de vida e menor natalidade; e político, com a ascensão de governos conservadores<sup>18</sup>.

De acordo com a autora, a partir da década de 1970, os choques do petróleo permitiram a ampliação de críticas dos cidadãos e empresas ao modelo de *Welfare State* vigente principalmente nos países desenvolvidos: responsabilizava-se o poder público e as políticas sociais pela geração de uma crise de âmbito fiscal e no déficit público dos países, expressas pela inflação e queda nos investimentos. Some-se ainda o descontentamento dos cidadãos na prestação de direitos, quanto “à queda de valores dos benefícios e à qualidade da assistência oferecida”, bem como o aumento de impostos e a impossibilidade de eliminação dos focos de pobreza, que se agravaram na década de 1980<sup>19</sup>.

Em busca de redimensionar os parâmetros de produção, visando maiores lucros ou a manutenção das bases da expansão, o capital passou a se reorganizar. Seu sistema político-ideológico de dominação, refletido pelo neoliberalismo, propunha a “privatização do Estado, a desregulamentação dos direitos do trabalho e a desmontagem do setor produtivo estatal”<sup>20</sup>.

A crise estrutural do capital consolida um tripé profundamente destrutivo composto pela financeirização da economia, a reestruturação produtiva e o neoliberalismo<sup>21</sup>.

Destrói-se a força humana que trabalha; destroçam-se os direitos sociais; brutalizam-se enormes contingentes de homens e mulheres que vivem da venda de sua força de trabalho; torna-se predatória a relação produção/natureza, criando-se uma monumental “sociedade do descartável”, que joga fora tudo o que serviu como “embalagem” para as mercadorias e o seu sistema, mantendo-se e agilizando-se, entretanto, o circuito produtivo do capital<sup>22</sup>.

Desponta a incontrolabilidade e destrutibilidade do sistema do capital, diante da inexistência de limites a sua autoexpansão, cujo objetivo é um crescente de mais-valor que culmina em ameaças econômicas, laborais, sociais e ecológicas<sup>23</sup>, a exemplo da “precarização estrutural do trabalho e na destruição da natureza”<sup>24</sup>. Em que pese a ausência de limites, as

---

<sup>18</sup> VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil.** Estratégias de bem-estar e políticas públicas. 3. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2011, p. 61.

<sup>19</sup> *Idem. Ibidem*, p. 60.

<sup>20</sup> ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho.** Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2. ed. 3. reimp. São Paulo: Boitempo, 2015, p. 33.

<sup>21</sup> *Idem. O privilégio da servidão.* O novo proletariado de serviços na era digital. São Paulo: Boitempo, 2018, p. 120.

<sup>22</sup> *Idem. Os sentidos do trabalho.* Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2. ed. 3. reimp. São Paulo: Boitempo, 2015, p. 228.

<sup>23</sup> BORON, Atilio. Los nuevos leviantes y la polis democrática. In: BORON, Atilio. **Tras el búho de Minerva.** Mercado contra democracia en el capitalismo de fin de siglo. Buenos Aires: CLACSO, 2000, p. 86. Disponível em: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20100614113052/5cap4.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2019.

<sup>24</sup> ANTUNES, Ricardo. Introdução. A substância da crise. In: MÉSZÁROS, István. **A crise estrutural do capital.** 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2016, p. 11-12.

respostas do capital ao enfrentamento de sua própria crise são dadas de maneira superficial, sem que haja a transformação de pontos nevrálgicos do modo de produção.

Os subtópicos a seguir visam explicar a estruturação e conexão dos elementos da trípole que impõe uma “globalização perversa”<sup>25</sup> à maior parte da humanidade.

### 2.2.1 Neoliberalismo e globalização econômica

A partir de modificações conservadoras pioneiras nas décadas de 1970 e 1980 no Chile (no governo ditatorial de Augusto Pinochet), na Inglaterra (de Margaret Thatcher) e nos EUA (de Ronald Reagan), é firmado um “rompimento com o ‘welfarismo’ da social-democracia e a implementação de novas políticas que supostamente poderiam superar a inflação galopante, a queda dos lucros e a desaceleração do crescimento”, priorizando-se, portanto, a saúde fiscal dos Estados<sup>26</sup> e reforçando o discurso anticomunista nesses países<sup>27</sup>.

Concebido como “o conjunto de discursos, práticas e dispositivos que determinam um novo modo de governo dos homens segundo o princípio universal de concorrência”, o neoliberalismo inaugura uma nova racionalidade no modo de produção capitalista ao objetivar “estruturar e organizar não apenas a ação dos governantes, mas até a própria conduta dos governados”<sup>28</sup>.

Aqui, mais uma vez, cabe enfatizar sob pena de não apagar a discussão histórica acerca da transnacionalidade do capitalismo: a nova racionalidade não implica na formação de um novo modo de produção. O neoliberalismo representa o amadurecimento do modelo capitalista - agora em sua fase financeira -, que passara por profundas mudanças, seja em sua fase mercantil ou industrial.

Conserva, por conseguinte, o caráter universal herdado da grande indústria, que para Marx e Engels “criou os meios de comunicação e o moderno mercado industrial e gerou, com isso, a rápida circulação (o desenvolvimento do sistema monetário) e a centralização dos capitais”, estabelecendo uma rede de dependência internacional<sup>29</sup>.

<sup>25</sup> O autor utiliza essa denominação para expressar que a ideologia da globalização tem por alicerces a “tirania do dinheiro e da informação”, interferindo cotidianamente nas relações sociais e interpessoais. SANTOS, Milton. **Por outra globalização**. 23. ed. Rio de Janeiro: Record, 2009, p. 38.

<sup>26</sup> DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo**. Ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2016, p. 190.

<sup>27</sup> ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo (orgs.). **Pós-neoliberalismo**: as políticas sociais e o Estado democrático. 6. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003, p. 12.

<sup>28</sup> DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. *Op. Cit.*, p. 17.

<sup>29</sup> MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A ideologia alemã**. São Paulo: Boitempo, 2007, p. 60.

Sem embargo, Atilio Boron destaca que a novidade da globalização econômica reside nos níveis de expansão do capital especulativo, ainda que de forma não harmônica e desequilibrada, na qual “o capital é o pressuposto e o resultado do processo produtivo em todos os rincões do planeta”<sup>30</sup>.

Ao contrário da idealização de um mercado livre de interferências, tal expansão é possibilitada pela adoção de políticas interventivas favoráveis ao capital. Dessa forma, não se trata de uma simples retirada do Estado da economia em detrimento das livres relações mercantis, priorizando-se a máxima da “mão invisível do mercado”<sup>31</sup>, mas uma ação a nível nacional e internacional deliberadamente protagonizada por “oligarquias burocráticas e políticas, multinacionais, atores financeiros e grandes organismos econômicos internacionais”<sup>32</sup>.

Dardot e Laval destacam que para além das “regras, instituições e direitos”, o neoliberalismo influencia nas relações sociais, dita políticas públicas e reconstrói subjetividades<sup>33</sup>. A racionalidade neoliberal implica na compreensão de que práticas de governos, das demais instituições (sejam elas públicas ou privadas) e dos indivíduos estão inseridas nessa lógica que ultrapassa as relações mercantis.

O capital, então, se reorganiza a partir do neoliberalismo. Tal reestruturação é expressa por meio da privatização e sucateamento do Estado – adoção de “políticas fiscal e monetária sintonizadas com o FMI e o BIRD”; e pela flexibilização e desregulamentação de direitos trabalhistas e outros direitos sociais – a exemplo da saúde e da educação. O referido desmonte do setor produtivo estatal teve início nos países capitalistas do centro, passando posteriormente aos subordinados<sup>34</sup>.

Da Argentina ao México, passando pelo Peru do pequeno Bonaparte Fujimori. Sem falar do Brasil de FHC, o príncipe do servilismo ao grande capital, mescla pomposa da pequenez fujimorista com uma pitada jocosa de ‘nobreza’ inspirada na Dama de Ferro do neoliberalismo inglês, no thatcherismo. Na Ásia, a enorme expansão se dá às custas de uma brutal superexploração do trabalho, de que a greve dos trabalhadores da Coreia do Sul, em 1997, é uma firme denúncia. Superexploração que atinge

---

<sup>30</sup> BORON, Atilio. Los nuevos leviatanes y la polis democrática. In: BORON, Atilio. **Tras el búho de Minerva**. Mercado contra democracia en el capitalismo de fin de siglo. Buenos Aires: CLACSO, 2000, p. 79. Disponível em: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20100614113052/5cap4.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2019.

<sup>31</sup> “Como se vê até mesmo na atual crise na Europa, os Estados adotam políticas altamente ‘intervencionistas’, que visam alterar profundamente as relações sociais, mudar o papel das instituições de proteção social e educação, orientar as condutas criando uma concorrência generalizada entre os sujeitos, e isso porque eles próprios estão inseridos num campo de concorrência regional e mundial que os leva a agir dessa forma”. DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo**. Ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2016, p. 19.

<sup>32</sup> *Idem. Ibidem*, p. 8.

<sup>33</sup> *Idem. Ibidem*, p. 16.

<sup>34</sup> *Idem. Ibidem*, p. 227.

também profundamente mulheres e crianças. Da África o capital já não quer mais quase nada. Só interessa a sua parte rica<sup>35</sup>.

Nos parâmetros neoliberais, a execução das políticas sociais não caberia ao Estado. No entanto, os imperativos e motivos que tangenciam a política “social” neoliberal seguem protagonizadas pelo mesmo, uma vez que Estado permanece como o responsável pela coordenação e financiamento das políticas sociais. Na medida em que a saúde, por exemplo, passa a ser vista como uma despesa ou um gasto, sem retorno ou rentabilidade para o Estado, o mercado e a iniciativa privada se encarregam de sua negociação mercantil, quebrando as barreiras anteriormente existentes com o setor público e colocando tais políticas sociais “a serviço dos interesses do capital”.

A nova forma de política social visa a erosão de direitos coletivos e de proteção social, enfraquecendo o poder de negociação das instituições sindicais, sob o argumento de melhor adequação] à globalização<sup>36</sup>.

As privatizações e a mercantilização de direitos aparecem como regras únicas, impondo uma lei geral mercantil de desenvolvimento humano diante da “falta de alternativas”<sup>37</sup>, responsabilizando trabalhadores, “doentes, os estudantes e suas famílias, os universitários, os que estão à procura de emprego” através de uma lógica de mercadorização da vida<sup>38</sup>. Valoriza-se o capital em detrimento dos direitos sociais, retrocedendo nos “direitos adquiridos”, agora penosos aos Estados<sup>39</sup>.

Nesta senda, a “grande virada” foi também realizada na crítica social: se até a década de 1970 as patologias sociais eram vistas como consequências da distribuição desigual de renda pelo capitalismo (a exemplo do “desemprego, desigualdades sociais, inflação e alienação”), o neoliberalismo inverteu a racionalidade ao atribuir que os problemas sociais estavam no Estado. O capitalismo, que era o obstáculo, passou a ser a solução<sup>40</sup>.

A nova lógica expandida no fim do século XX transplanta a organização do “mercado concorrencial para o setor público”, aplicando a este último o ideal da “racionalidade da empresa”, flexibilização e desregulamentação legislativa no campo dos direitos sociais com a

---

<sup>35</sup> DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo**. Ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2016, p. 228.

<sup>36</sup> *Idem. Ibidem*, p. 284.

<sup>37</sup> CARVALHO, Laura. **Valsa brasileira**. Do boom ao caos econômico. São Paulo: Todavia, 2018, p. 124.

<sup>38</sup> DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. *Op. Cit.*, p. 230.

<sup>39</sup> *Idem. Ibidem*, p. 242.

<sup>40</sup> *Idem. Ibidem*, p. 208.

desvinculação de receitas utilizada pró-mercado, o que Dardot e Laval chamam de “mercadorização da instituição pública”<sup>41</sup>.

A ação pública, a solidariedade social e o serviço público passam por um processo de desvalorização. A burocracia e os impostos são tidos como pesos e impasses ao desenvolvimento dos Estados, sendo requerido a estes maior flexibilidade, reatividade, inovação e orientações centradas no mercado e no consumo<sup>42</sup>. De toda forma,

o aspecto “técnico” e “tático” da nova gestão pública permitiu ocultar o fato de que o essencial era introduzir as disciplinas e as categorias do setor privado, intensificar o controle político em todo o setor público, reduzir tanto quanto possível o orçamento, suprimir o maior número possível de agentes públicos, reduzir a autonomia profissional de algumas profissões (médicos, professores, psicólogos etc.) e enfraquecer os sindicatos do setor público – em resumo, fazer na prática a reestruturação neoliberal do Estado<sup>43</sup>.

Na mercadorização da instituição pública, impera a visão concorrencial, lógica que objetiva “não apenas aumentar a eficácia e reduzir os custos da ação pública; ela subverte radicalmente os fundamentos modernos da democracia, isto é, o reconhecimento de direitos sociais ligados ao status de cidadão”<sup>44</sup>.

Pesquisadores e estudiosos na área dos direitos sociais, a exemplo de Valéria Correia, Elaine Rossetti Behring, Roberto Leher e Ariovaldo Umbelino de Oliveira, utilizam a terminologia “contrarreformas” para designar a oposição principiológica e destoamento democrático entre as propostas de flexibilização de direitos e o pacto constitucional estabelecido nos países<sup>45</sup>. As contrarreformas são entendidas como propostas de modificações que visam o retrocesso de direitos e do sentido de “público” dentro do Estado, impostas por um grupo social reduzido e que desatendem aos objetivos fundamentais de determinado Estado.

### **2.2.2 Financeirização da economia: nova divisão internacional do trabalho, sistema da dívida pública e Consenso de Washington**

Ricardo Antunes afirma que a lógica financeira se tornou dominante e “o capital financeiro passou a dirigir todos os demais empreendimentos do capital, subordinando a esfera

<sup>41</sup> DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo**. Ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2016, p. 274-275.

<sup>42</sup> *Idem. Ibidem*, p. 273.

<sup>43</sup> *Idem. Ibidem*, p. 291.

<sup>44</sup> *Idem. Ibidem*, p. 274-275.

<sup>45</sup> MAGALHÃES, João Paulo de Almeida (et al.). **Os anos Lula**. Contribuições para um balanço crítico 2003-2010. Rio de Janeiro. Garamond, 2010. CORREIA, Maria Valéria Costa (org.). **Política de saúde no Brasil e o fortalecimento do setor privado**. Desmonte do SUS público, estatal e universal. Maceió: Edufal, 2018.

produtiva e contaminando todas as suas práticas e os modos de gestão do trabalho”<sup>46</sup>. Nesse mesmo sentido, Sestelo *et al.* indicam que a dominância financeira representa o “novo modo de ser do regime global de produção de riqueza”<sup>47</sup>.

Nesse contexto, Dardot e Laval reforçam o papel dos Estados e das Organizações Internacionais (a exemplo do Banco Mundial e do FMI), com o apoio dos agentes privados, na criação de regras que favorecem o desenvolvimento das finanças de mercado<sup>48</sup>.

A influência dos mercados é melhor percebida quando, a partir da flutuação geral de moedas em 1973, os juros são elevados e se aprofunda o endividamento dos países latino-americanos. Para abertura de negociação das condições da dívida, ajustes estruturais são impostos aos governos dos Estados da região mencionada<sup>49</sup>, nos quais os países de economia periférica deveriam meramente seguir recomendações dos Organismos Internacionais em troca de uma melhoria na imagem junto a credores e investidores internacionais<sup>50</sup>.

Fala-se na criação de um sistema da dívida pública responsável por alimentar o endividamento crônico dos países em desenvolvimento, que da década de 1980 para cá se tornou inadministrável, trazendo sérias implicações ao sistema financeiro<sup>51</sup>. Observa-se o endividamento massificado dos cidadãos como um modo de vida e o endividamento crônico dos Estados como forma de manter o domínio entre estes e, conseqüentemente, a divisão internacional do trabalho.

A Auditoria Cidadã da Dívida no Brasil explica que no país, de 1971 a 2010, “a dívida externa significou uma transferência líquida de recursos ao exterior de ordem de US\$ 144 bilhões, e ainda temos uma dívida externa de US\$ 282 bilhões”<sup>52</sup>. Ainda sobre o país, Sestelo *et al.* pormenorizam que “o processo de especialização regressiva e desindustrialização” que marcam a economia de forma mais firme a partir dos anos 1990 são resultados do rearranjo

---

<sup>46</sup> ANTUNES, Ricardo. **O privilégio da servidão**. O novo proletariado de serviços na era digital. São Paulo: Boitempo, 2018, p. 153.

<sup>47</sup> SESTELO, José Antonio de Freitas; CARDOSO, Artur Monte; BRAGA, Ialê Falleiros; MATTOS, Leonardo Vidal; ANDRIETTA, Lucas Salvador. A financeirização das políticas sociais e da saúde no Brasil do século XXI: elementos para uma aproximação inicial. **Economia e sociedade**. Campinas, Unicamp, v. 26, p. 1097-1126, dez. 2017, p. 1097. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0104-06182017000401097&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-06182017000401097&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 11 dez. 2018.

<sup>48</sup> DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo**. Ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2016, p. 28.

<sup>49</sup> *Idem. Ibidem*, p. 196-197.

<sup>50</sup> *Idem. Ibidem*, p. 198.

<sup>51</sup> MÉSZÁROS, István. **A crise estrutural do capital**. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2016, p. 36.

<sup>52</sup> COORDENAÇÃO da auditoria cidadã da dívida. CPI da dívida Pública. **Auditoria cidadã da dívida**, 30 mar. 2010, p. 4. Disponível em: <https://www.auditoriacidadada.org.br/wp-content/uploads/2012/08/Informativo-mar%C3%A7o-2010.pdf>. Acesso em 22 out. 2018.

macroeconômico orientado pela “instabilidade, apreciação do Real e [...] financeirização da dívida pública”<sup>53</sup>.

Adiantando o que será discutido mais à frente, a necessidade do “equilíbrio fiscal por meio da supressão do déficit financeiro estatal” e o “pagamento do montante de juros e amortizações dos empréstimos financeiros externos que haviam sido induzidos/compelidos a contrair perante os bancos e agências internacionais” passam a ditar os rumos das nações<sup>54</sup>, implodindo noções internas de soberania, bem público, democracia e solidariedade social<sup>55</sup>.

Ainda que o avanço do neoliberalismo na América Latina tenha ocorrido desde a década de 1980, a síntese das diretrizes neoliberais sobre a região foi elaborada em 1989 no Consenso de Washington, documento informal, sem caráter deliberativo, mas que se tornou cogente ao longo das últimas décadas.

A avaliação do Consenso de Washington abrangeu 10 áreas: 1. disciplina fiscal; 2. priorização dos gastos públicos; 3. reforma tributária; 4. liberalização financeira; 5. regime cambial; 6. liberalização comercial; 7. investimento direto estrangeiro; 8. privatização; 9. desregulação; e 10. propriedade intelectual<sup>56</sup>.

Em nome de uma “soberania absoluta do mercado autorregulável”, entre seus principais objetivos, o Consenso de Washington buscou provocar um rearranjo estrutural nos Estados que a ele aderiram, criando a noção de Estado Mínimo para os trabalhadores e um Máximo para o capital<sup>57</sup>.

Joseph Stiglitz relata que “a austeridade fiscal, a privatização e a liberalização dos mercados foram os três pilares aconselhados pelo Consenso de Washington durante os anos oitenta e noventa”<sup>58</sup>. Não estava no horizonte do documento, por exemplo, “um crescimento equitativo e sustentado”<sup>59</sup>.

Desta forma, a

disciplina monetária e orçamentária torna-se a nova norma das políticas anti-inflacionárias no conjunto dos países da OCDE [Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico] e nos países do Sul, que dependem do crédito do Banco Mundial e do apoio do FMI<sup>60</sup>.

<sup>53</sup> SESTELO, José Antonio de Freitas; CARDOSO, Artur Monte; BRAGA, Ialê Falleiros; MATTOS, Leonardo Vidal; ANDRIETTA, Lucas Salvador. *Op. Cit.*, p. 1102.

<sup>54</sup> TRINDADE, José Damião de Lima. **História social dos direitos humanos**. 3. ed. São Paulo: Petrópolis, 2011, p. 203-204.

<sup>55</sup> SANTOS, Milton. **Por outra globalização**. 23. ed. Rio de Janeiro: Record, 2009, p. 38.

<sup>56</sup> BATISTA, Paulo. O Consenso de Washington. A visão neoliberal dos problemas latino-americanos. *In*: LIMA SOBRINHO, Barbosa et. al. (org.). **Em defesa do interesse nacional: desinformação e alienação do patrimônio público**. São Paulo: Paz e Terra, 1994, p. 18.

<sup>57</sup> SANTOS, Milton. *Op. Cit.*, p. 18.

<sup>58</sup> STIGLITZ, Joseph. **El malestar en la globalización**. Ciudad de México: Punto de Lectura, 2010, p. 113-114.

<sup>59</sup> *Idem. Ibidem*, p. 113-114.

<sup>60</sup> DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo**. Ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2016, p. 196-197.

O resultado desses ajustes estruturais – também conhecidos como “terapias de choque” – não foi positivo tendo em conta suas consequências, notadamente, o aumento das taxas de juros, que prejudicaram a produção local nos países periféricos; o aumento da pobreza e o agravamento de desigualdades; além da volatilidade econômica e social nos Estados<sup>61</sup>.

Constrói-se uma política financeira global pautada pela concorrência e a mercadorização das finanças, em que os bancos, as seguradoras e as bolsas são dotados de maior poder que os próprios Estados<sup>62</sup>. E mais, apesar de terem forçado os países mais pobres a “eliminar as barreiras comerciais”, os países centrais mantiveram suas barreiras, prejudicando ainda mais a renda dos primeiros<sup>63</sup>, aumentando, portanto, a desigualdade entre esses países e, por conseguinte, contribuindo para reiterar a correlação de forças que compõem a divisão internacional do trabalho.

Michel Chossudovsky critica o processo de terceiro-mundização da Federação Russa a partir de 1992, cujas propostas de reformas estruturais do FMI e de Boris Ieltsin representavam “cópia exata do PAE [programa de ajustamento estrutural, do FMI] imposto aos países devedores da América Latina e da África subsaariana” que, em nome de uma suposta democracia, representava uma política direcionada de empobrecimento da população no qual o discurso de estabilização econômica era soterrado pelo aumento inflacionário de 9.900% naquele ano<sup>64</sup>.

De forma geral, cabe ao Estado o papel de “‘gestor de negócios da burguesia financeira’, cujos governos, em sua maioria, pautam-se pela desregulamentação dos mercados, principalmente o financeiro e o de trabalho”<sup>65</sup>. Desta maneira,

um mercado único de capitais instala-se por intermédio de uma série de reformas legislativas, das quais as mais significativas foram a liberação total do câmbio, a privatização do setor bancário, a abertura dos mercados financeiros e, em nível regional, a criação da moeda única europeia. Essa liberação política das finanças é fundamentada numa necessidade de financiamento da dívida pública, que seria paga recorrendo-se aos investidores internacionais<sup>66</sup>.

As crises de 1990 e 2008 nos EUA comprovaram que é prioridade da agenda neoliberal o salvamento de bancos, sintetizado pela máxima da “nacionalização dos riscos e privatização

---

<sup>61</sup> DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo**. Ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2016, p. 198.

<sup>62</sup> *Idem. Ibidem*, p. 202-203.

<sup>63</sup> STIGLITZ, Joseph. **El malestar en la globalización**. Ciudad de México: Punto de Lectura, 2010, p. 40.

<sup>64</sup> CHOSSUDOVSKY, Michel. **A globalização da pobreza**. Impactos das reformas do FMI e do Banco Mundial. São Paulo: Moderna, 1999, p. 215.

<sup>65</sup> ANTUNES, Ricardo. **O privilégio da servidão**. O novo proletariado de serviços na era digital. São Paulo: Boitempo, 2018, p. 153.

<sup>66</sup> DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. *Op. Cit.*, p. 199.

dos lucros”<sup>67</sup>. O discurso da política de austeridade não se aplica às instituições, mas é utilizado como justificativa para a realização de reformas, ou melhor, contrarreformas que fomentem a competitividade entre Estados-nações<sup>68</sup>.

A mundialização em escala global atualizou as bases da divisão internacional do trabalho, possibilitando a expansão da extração de mais-valor da classe trabalhadora<sup>69</sup>. As consequências sociais da financeirização são nefastas, a exemplo do aprofundamento da concentração de renda e de patrimônio<sup>70</sup>.

Ao governo de um Estado se atribui a função de proteger “regras jurídicas, monetárias, comportamentais”, com vistas de fomentar situações de mercado aos oligopólios, bem como garantir a criação de um mercado consumidor<sup>71</sup>. A título de exemplo do que se discute, apresenta-se um dos pontos elencados no documento “Uma ponte para o futuro”, que funcionou como plataforma do governo Michel Temer. Ao delinear sobre política de crescimento, indica que

Recriar um ambiente econômico estimulante para o setor privado deve ser a orientação de uma política correta de crescimento. Tudo isto supõe a ação do Estado. Temos que viabilizar a participação mais efetiva e predominante do setor privado na construção e operação de infraestrutura, em modelos de negócio que respeitem a lógica das decisões econômicas privadas, sem intervenções que distorçam os incentivos de mercado, inclusive respeitando o realismo tarifário. Em segundo lugar, o Estado deve cooperar com o setor privado na abertura dos mercados externos, buscando com sinceridade o maior número possível de alianças ou parcerias regionais, que incluam, além da redução de tarifas, a convergência de normas, na forma das parceiras que estão sendo negociadas na Ásia e no Atlântico Norte. [...]. A globalização é o destino das economias que pretendem crescer<sup>72</sup>.

As privatizações aparecem como justificativa para tornar o Estado mais enxuto, dinamizando a economia e inserindo, a curto prazo, o dinheiro da venda das empresas estatais para “equilibrar” a economia. A velocidade na qual se privatizou nos países periféricos não correspondeu ao suprimento do déficit público, tampouco na garantia de eficiência estatal, geração de empregos e competitividade<sup>73</sup>. Para Stiglitz, a privatização piorou as coisas, sendo chamada de “subornização” em alguns países dada a incidência de corrupção na venda das

<sup>67</sup> DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo**. Ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2016, p. 204.

<sup>68</sup> *Idem. Ibidem*, p. 27.

<sup>69</sup> ANTUNES, Ricardo. *Op. Cit.*, p. 44.

<sup>70</sup> DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. *Op. Cit.*, p. 201.

<sup>71</sup> *Idem. Ibidem*, p. 191.

<sup>72</sup> PMDB. **Uma Ponte para o Futuro**. Brasília: Fundação Ulysses Guimarães, 2015, p. 17. Disponível em: <https://www.fundacaoulysses.org.br/wp-content/uploads/2016/11/UMA-PONTE-PARA-O-FUTURO.pdf>. Acesso em: 25 out. 2018.

<sup>73</sup> STIGLITZ, Joseph. **El malestar en la globalización**. Ciudad de México: Punto de Lectura, 2010, p. 117-118.

empresas, no qual os ministros e políticos envolvidos saem ganhando mais que o próprio Estado, suposto maior beneficiário<sup>74</sup>.

Não se constata o beneficiamento dos países subdesenvolvidos que adotam tais medidas, o que significa que elas não estão funcionando, ou melhor, funcionam terrivelmente mal quando se trata de redução de pobreza e garantias de estabilidades<sup>75</sup>, trazendo como consequência “uma massa crescente no Terceiro Mundo afundada na mais abjeta pobreza e vivendo com menos de um dólar por dia”<sup>76</sup>. Stiglitz, contudo, nota uma contradição: apesar do número de pobres crescer e as nações mais pobres piorarem suas situações, houve um aumento de 2,5% anual da renda mundial<sup>77</sup>. Desenvolvimento para quem?

### 2.2.3 Reestruturação produtiva e a formação/aprofundamento do precariado

No âmbito da reestruturação produtiva em escala global, observa-se a precarização estrutural do trabalho em todo o mundo<sup>78</sup>. Durante a década de 1970 há uma progressiva substituição do padrão de acumulação taylorista-fordista<sup>79</sup> pelo toyotista nos setores industriais, de serviços e de agricultura, em observância à nova divisão internacional do trabalho (DIT)<sup>80</sup>.

Com o fim da Guerra Fria e após o desmoronamento do Leste Europeu na década de 1980, a nova DIT redistribuiu áreas de influências entre EUA, Alemanha e Japão, ainda que prevalecente o domínio do país americano.

O toyotismo se desenvolveu fortemente no Japão, como uma das respostas ao fordismo verticalizado, sendo responsável pela retomada capitalista naquele país, ao criar um modelo mais flexível e garantidor de maior acumulação para as empresas. Vinculado aos fluxos da demanda, pela multivariada e flexibilidade de funções, reduzindo as “atividades improdutivas” e “transferindo a ‘terceiros’ grande parte do que anteriormente era produzido

<sup>74</sup> STIGLITZ, Joseph. **El malestar en la globalización**. Ciudad de México: Punto de Lectura, 2010, p. 120-121.

<sup>75</sup> *Idem. Ibidem*, p. 38-39.

<sup>76</sup> *Idem. Ibidem*, p. 39.

<sup>77</sup> *Idem. Ibidem*, p. 40.

<sup>78</sup> ANTUNES, Ricardo. **O privilégio da servidão**. O novo proletariado de serviços na era digital. São Paulo: Boitempo, 2018, p. 55-56.

<sup>79</sup> Combinando a produção em série fordista sob o cronômetro taylorista, o padrão de acumulação taylorista-fordista foi erigido no Estado de bem-estar social, tendo por característica o “ritmo seriado, rígido e parcelar”, com finalidades de produção em massa para criar e atender a um consumo igualmente massificado. A produção fordista é homogeneizada e verticalizada, representada por um trabalhador (da indústria ou de serviços) semiquilificado, “unilateral, estandarizado, parcelar, fetichizado, coisificado e maquinal”, ainda que contratado nos conformes da legislação trabalhista. *Idem. Os sentidos do trabalho*. Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2. ed. 3. reimp. São Paulo: Boitempo, 2015, p. 247.

<sup>80</sup> *Idem. Ibidem*, p. 34.

dentro da empresa”, a *lean production* implementa a noção da “empresa enxuta, empresa ‘moderna’, a que Marx chamou de trabalho morto”<sup>81</sup>.

Os Estados influenciados pelas potências centrais, em maior ou menor dependência, vivem o processo de reestruturação de forma subalterna<sup>82</sup>. Por essa razão, a classe trabalhadora brasileira no modelo fordista já passava por uma “superexploração do trabalho, [...] pela articulação de baixos salários, uma jornada de trabalho prolongada (nos períodos de ciclo expansionista) e de fortíssima intensidade”<sup>83</sup>.

É imprescindível recordar que os quase quatro séculos de escravidão negra e os períodos autoritários (Estado Novo e ditadura civil-militar) contribuíram para a caracterização de um regime trabalhista antidemocrático e superexplorador no Brasil. Fator que, quando combinado ao processo de reestruturação produtiva e “(re)inserção no sistema produtivo global do capital” (a partir da década de 1990), implica num recrudescimento dessa superexploração<sup>84</sup>.

Nesta senda, falar sobre direito do trabalho, é também tratar dos direitos humanos e, principalmente, sociais em sua totalidade pois, as relações laborais são expressões qualitativas da organização da sociedade contemporânea.

Ricardo Antunes aduz que o precariado constitui a origem do proletariado brasileiro, ao mesmo tempo em que as novas relações jurídicas laborais e a premente informalidade no mundo do trabalho fazem gerar outros tipos de precarização. Neste último grupo, o sociólogo destaca a presença massiva da juventude vinculada ao setor de serviços, que trabalha “por tempo determinado, dos terceirizados e intermitentes, modalidades que não param de se expandir”<sup>85</sup>.

Em contraposição ao avanço da tecnologia e informatização do trabalho, há o aprofundamento da informalidade, assegurando instabilidade e insegurança<sup>86</sup> à classe trabalhadora<sup>87</sup>. A ideia de produção flexível se expande para o perfil do trabalhador e do próprio Estado sob a justificativa de que o movimento operário e suas reivindicações haviam contribuído para o aprofundamento da crise do capital<sup>88</sup>.

---

<sup>81</sup> ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho**. Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2. ed. 3. reimp. São Paulo: Boitempo, 2015, p. 248.

<sup>82</sup> *Idem. Ibidem*, p. 34.

<sup>83</sup> *Idem. Ibidem*, p. 232.

<sup>84</sup> *Idem. Ibidem*, p. 233.

<sup>85</sup> *Idem. O privilégio da servidão*. O novo proletariado de serviços na era digital. São Paulo: Boitempo, 2018, p. 62.

<sup>86</sup> “[...] o trabalho estável, herdeiro da fase taylorista-fordista, relativamente moldado pela contratação e pela regulamentação, vem sendo substituído pelos mais distintos e diversificados modos de informalidade, de que são exemplos o trabalho atípico, os trabalhos terceirizados (com sua enorme variedade), o ‘cooperativismo’, o ‘empreendedorismo’, o ‘trabalho voluntário’ e mais recentemente os trabalhos intermitentes”. *Idem. Ibidem*, p. 67.

<sup>87</sup> *Idem. Ibidem*, p. 23.

<sup>88</sup> ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo (orgs.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. 6. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003, p. 10.

As empresas transnacionais, por meio dos Estados, passam a defender “modernizações”: das relações trabalhistas, econômicas, de direitos sociais, viabilizadas pela “flexibilização” e “desregulamentação”, revelando a desumanização dessas práticas materializadas em legislações antitrabalho<sup>89</sup>. Adota-se o conceito de “flexisegurança” como sendo uma mediação entre a proteção do trabalho e dos interesses do capital, o que em verdade, representa um eufemismo para a legitimação da adoção de práticas neoliberais<sup>90</sup>. Ednéia Alves de Oliveira utiliza o vocábulo “flexinsegurança” ao adaptar a terminologia<sup>91</sup>.

A flexibilidade na relação laboral pode ser constatada em três momentos: (a) na entrada, diante da observância de novas formas de emprego atípico, ou seja, na admissão do trabalhador; (b) interna, ao garantir a possibilidade de alterações de condições de contrato e do conteúdo da prestação (muitas vezes mais prejudiciais ao trabalhador), de forma negociada ou unilateral; e (c) de saída, frente a diminuição de garantias no momento da demissão ou rescisão do contrato de trabalho<sup>92</sup>.

A figura do trabalhador é substituída pela do colaborador, que deve ser, como a empresa, mais polivalente e multifuncional, seja do setor da indústria, serviços ou agrário, público ou privado. Corrói-se a noção de trabalho contratado e regulamentado, cada vez mais flexibilizado, terceirizado, “pelas formas de trabalho *part in time*, pelas diversas formas de ‘empreendedorismo’, ‘cooperativismo’, ‘trabalho voluntário’, ‘terceiro setor’ etc.”, no qual a exceção ganha status de regra, tanto nos países do Sul, quanto nos países centrais<sup>93</sup>.

A globalização do desemprego e da precarização, trouxe à divisão internacional do trabalho a especificação de que as contradições mundiais afetam a economia em sua totalidade e as necessidades decorrentes representam demandas do capital que esbarram nos pactos

---

<sup>89</sup> Especificamente sobre as relações de trabalho, Mészáros afirma que em determinados idiomas, o termo “trabalho temporário” equivale à “precarização”, apesar de também ser traduzido por “emprego flexível”. O autor associa a existência da flexibilização ao autoritarismo dos legisladores, conforme foi percebido na tramitação da recente reforma trabalhista brasileira. MESZÁROS, István. **Para além do Capital**. São Paulo: Boitempo, 2016, p. 34.

<sup>90</sup> RAYMOND, Wilfredo Sanguinetti. El Derecho del Trabajo en Europa y América Latina: un diálogo en divergencia. **Relaciones Laborales**. Rioja, La Ley, n. 59, p. 13-18, 2012.

<sup>91</sup> OLIVEIRA, Ednéia Alves de. A política de emprego no Brasil: o caminho da flexinsegurança. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 111, p. 493-508, jul./set. 2012.

<sup>92</sup> RAYMOND, Wilfredo Sanguinetti. La “deconstrucción” del Derecho del Trabajo de base nacional em la era de la globalización: ¿un devenir inevitable?. **Relaciones Laborales**. Rioja, La Ley, n. 23, p. 121-135, 2004. A recente contrarreforma trabalhista brasileira traz exemplos concretos do que se afirma. No caso da flexibilidade de entrada, a criação do contrato de trabalho intermitente (art. 443, CLT) ilustra a situação. A prevalência do negociado sobre o legislado (611-A), inclusive em casos que restrinjam direitos do trabalhador, demonstra a flexibilidade interna. O artigo 484-A da CLT, que permite a “rescisão por acordo” ou “demissão consensual”, materializa um exemplo de flexibilidade de saída.

<sup>93</sup> ANTUNES, Ricardo. **O privilégio da servidão**. O novo proletariado de serviços na era digital. São Paulo: Boitempo, 2018, p. 250.

constitucionais dos países. A Lei nº 13.429/2017, que dispõe sobre a terceirização irrestrita, representa um modelo do que se afirma.

A reestruturação produtiva do capital tem ampliado a noção do que seria a classe-que-vive-do-trabalho<sup>94</sup>, inexistindo limites para a flexibilização e consequente precarização<sup>95</sup>. Atualiza-se a morfologia do trabalho, composta por um campo mais amplo, heterogêneo, complexo e fragmentado de pessoas<sup>96</sup>.

Tratado pelo neoliberalismo como taxa “natural”, o desemprego estrutural abre margem ao crescimento da informalidade e da necessidade de “polivalência e multifuncionalidade” da classe trabalhadora, formada pela imagem heterogênea “além das clivagens entre os trabalhadores estáveis e precários, homens e mulheres, jovens e idosos, nacionais e imigrantes, brancos e negros, qualificados e desqualificados, ‘incluídos e excluídos’”<sup>97</sup>. A Organização Internacional do Trabalho (OIT) divulgou em 2018 que 61,2% das pessoas empregadas no mundo, o que em valores absolutos significa 2 bilhões de pessoas, se encontram na economia informal<sup>98</sup>.

---

<sup>94</sup> Ricardo Antunes discorre sobre o precariado, uma nova classe, “diferenciada do proletariado herdeiro da era taylorista-fordista. Sua configuração se aproximaria, então, de uma nova classe mais desorganizada, oscilante, ideologicamente difusa e, por isso, mais vulnerável, mais facilmente atraída por ‘políticas populistas’, suscetíveis de acolher apelos ‘neofascistas’”. ANTUNES, Ricardo. **O privilégio da servidão**. O novo proletariado de serviços na era digital. São Paulo: Boitempo, 2018, p. 58.

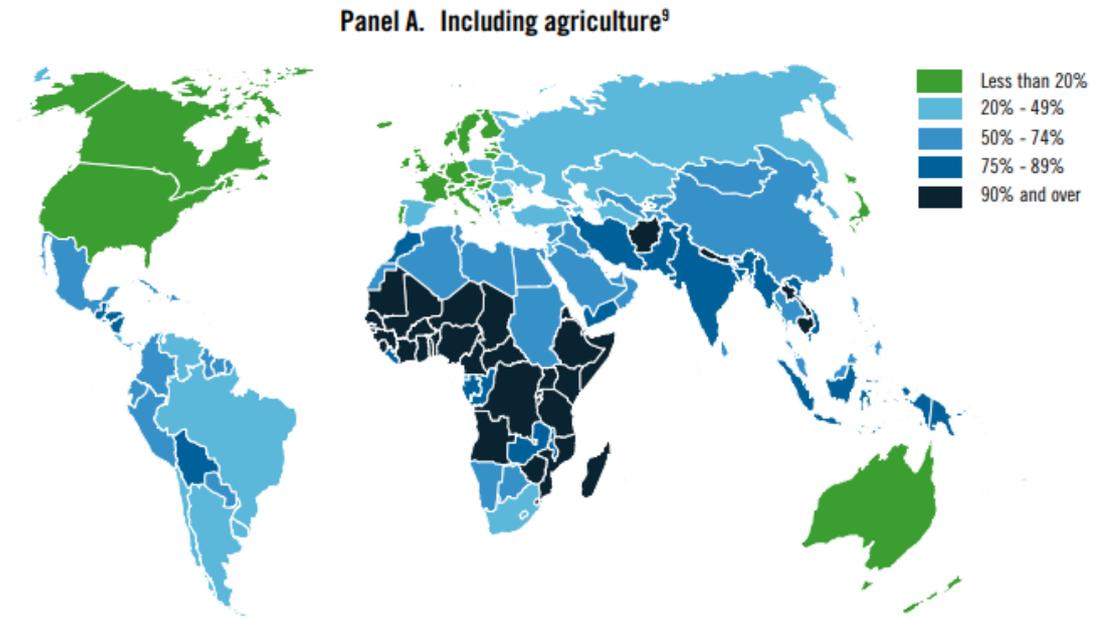
<sup>95</sup> *Idem. Ibidem*, p. 142.

<sup>96</sup> “Aqueles e aquelas que vendem sua força de trabalho em troca de salário, incorporando, além do proletariado industrial, dos assalariados do setor de serviços, também o proletariado rural, que vende sua força de trabalho para o capital. Essa noção incorpora o proletariado precarizado, o subproletariado moderno, *part in time*, o novo proletariado dos Mc Donalds, os trabalhadores hifenizados [...], os trabalhadores terceirizados e precarizados das empresas liofilizadas [...], os trabalhadores assalariados da chamada “economia informal”, que muitas vezes são indiretamente subordinados ao capital, além dos trabalhadores desempregados, expulsos do processo produtivo e do mercado de trabalho pela reestruturação do capital que hipertrofia o exército industrial de reserva, na fase de exploração do desemprego estrutural”. ANTUNES, Ricardo. **O privilégio da servidão**. O novo proletariado de serviços na era digital. São Paulo: Boitempo, 2018, p. 89.

<sup>97</sup> *Idem*. Século XXI: nova era da precarização estrutural do trabalho? In: ANTUNES, Ricardo; BRAGA, Ruy (orgs.). **Infoproletários**. Degradação real do trabalho virtual. São Paulo: Boitempo, 2009, pp. 237-238.

<sup>98</sup> ILO. **Women and men in the informal economy: a statistical picture**. 3. ed. Geneva: ILO, 2018, p. 13. Disponível em: [https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS\\_626831/lang--pt/index.htm](https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_626831/lang--pt/index.htm). Acesso em: 17 mar. 2019.

Figura 1 – Porcentagem da distribuição do emprego informal ao redor do mundo incluindo agricultura



Fonte: OIT

É verificado ainda o aprofundamento dos “mecanismos de controle e de subordinação” sobre a classe-que-vive-do-trabalho por meio das

formas de intensificação do trabalho, a burla dos direitos, a superexploração, a vivência entre a formalidade e a informalidade, a exigência de metas, a rotinização do trabalho, o despotismo dos chefes, coordenadores e supervisores, os salários degradantes, os trabalhos intermitentes, os assédios, os adoecimentos, padecimentos e mortes decorrentes das condições de trabalho indicam o claro processo de proletarianização dos assalariados de serviços que se encontra em expansão no Brasil e em várias partes do mundo, dada a importância das informações no capitalismo financeiro global<sup>99</sup>.

Os parâmetros de proteção e seguridade social são rebaixados, ao mesmo tempo em que a classe trabalhadora adocece mais, aumenta a incidência de acidentes de trabalho<sup>100</sup>, além da imposição de baixos salários “associada a ritmos de produção intensificados e jornadas de trabalho prolongadas”<sup>101</sup>.

Por conta do desemprego estrutural, menos trabalhadores laboram em ritmo e intensidade semelhantes ao capitalismo no início da Revolução Industrial, reduzindo-se o trabalho estável pela necessidade de explorar ao máximo a força de trabalho<sup>102</sup>. Além da

<sup>99</sup> ANTUNES, Ricardo. **O privilégio da servidão**. O novo proletariado de serviços na era digital. São Paulo: Boitempo, 2018, p. 64.

<sup>100</sup> “As mudanças ocorridas no mundo do trabalho nas últimas décadas resultaram na constituição de um exército de trabalhadores mutilados, lesionados, adoecidos física e mentalmente, muitos deles incapacitados de forma definitiva para o trabalho”. *Idem. Ibidem*, p. 151.

<sup>101</sup> *Idem. Ibidem*, p. 138. Para aprofundar o estudo neste tema, recomenda-se a leitura de ANTUNES, Ricardo; PRAUN, Luci. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 123, p. 407-427, jul./set. 2015.

<sup>102</sup> *Idem. Ibidem*, p. 252.

informalidade, o medo e a insegurança da perda do emprego permeiam as relações de trabalho no neoliberalismo, o que faz com que a classe trabalhadora se submeta a condições cada vez mais precárias de trabalho e a reduzidos salários.

Com a desconstrução da reduzida protetividade da legislação social, elimina-se a existência de limites à exploração do trabalho e do trabalhador, fato este sintetizado na simplória, porém reveladora, máxima de que “o capital é absolutamente incapaz de respeitar os seres humanos”<sup>103</sup>.

A função social do Direito do Trabalho – sua razão de ser histórica – estaria vinculada à garantia de segurança e manutenção das relações sociais laborais por meio do “processo de juridificação do conflito entre o trabalho assalariado e o capital, de sua canalização ou institucionalização pelo Estado”<sup>104</sup>. No neoliberalismo, a segurança jurídica é reivindicada tão somente para manutenção da lucratividade do capital. A partir de um discurso modernizador e de flexibilização nas relações jurídicas, as contrarreformas laborais desestruturam o equilíbrio entre os sujeitos do contrato de trabalho, culminando na erosão dos direitos sociais.

Comprova-se a reversibilidade dos ganhos da classe trabalhadora, tanto em países de capitalismo central quanto nos periféricos. O capital se expande à custa do trabalho, destacando-se o papel do Estado intervencionista e promotor, não dos direitos sociais, mas da cartilha neoliberal<sup>105</sup>.

### 2.3 DEMOCRACIA E MERCADO: O PAPEL DAS ORGANIZAÇÕES INTERNACIONAIS NA SUPRESSÃO DA SOBERANIA POPULAR NOS ESTADOS NACIONAIS

O ajuste estrutural deu propulsão à formação de um Estado avaliador e regulador, gerencial, responsável por articular “novos instrumentos de poder e, com eles, estruturar novas relações entre governo e sujeitos sociais”<sup>106</sup>.

O neoliberalismo consagra a “governança” como respeito às “condições de gestão sob os préstimos do ajuste estrutural e, acima de tudo, a abertura aos fluxos comerciais e financeiros, de modo que se vincula intimamente a uma política de integração ao mercado mundial”<sup>107</sup>. Já

<sup>103</sup> MESZÁROS, István. **Para além do Capital**. São Paulo: Boitempo, 2016, p. 43.

<sup>104</sup> LÓPEZ, Manuel Carlos Palomeque. **Derecho del Trabajo e Ideología**. 7. ed. Madrid: Tecnos, 2011, p. 22.

<sup>105</sup> MESZÁROS, István. Desemprego e precarização: um grande desafio para a esquerda. In: ANTUNES, Ricardo (org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil**. São Paulo: Boitempo, 2015, p. 38-39.

<sup>106</sup> DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo**. Ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2016, p. 273.

<sup>107</sup> *Idem*. *Ibidem*, p. 276.

restou demonstrado, inclusive, que apostar nesse modelo é prejudicar a classe-que-vive-do-trabalho e a própria democracia.

Laura Carvalho é enfática ao concluir que a desigualdade é um entrave ao crescimento econômico, pois o FMI reconheceu em 2017 que “os países com os maiores índices de desigualdade tendem a ter taxas de crescimento mais baixas e menos duradouras”, evidenciando em nota que o crescimento deve ser feito de forma inclusiva, o que, na visão apresentada ao longo desse trabalho, é inviável e destoa da prática da organização internacional<sup>108</sup>.

A governança permite que as decisões estatais sejam motivadas pelos interesses e deliberações decorrentes da gestão de negócios de empresas privadas, em sua maioria transnacionais, ocasionando a “produção de medidas e dispositivos nos campos fiscal e regulatório sistematicamente favoráveis aos grandes grupos oligopolistas”, havendo uma “co-produção público-privada das normas internacionais”<sup>109</sup>. Inviabiliza-se a noção de soberania popular a partir dos parâmetros do governo empresarial<sup>110</sup>.

Países mais frágeis economicamente puseram suas soberanias à disposição do capital financeiro “para ajuda ou, ao menos, ‘aprovação’ a fim de melhorar sua imagem diante dos credores e dos investidores internacionais”<sup>111</sup>. Empresas transnacionais, países centrais e organismos internacionais, representantes do neoliberalismo, definem o programa de atuação política estatal, cabendo aos agentes públicos a posição de “mero serviço de segurança para as megaempresas”<sup>112</sup>.

### 2.3.1 Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Mundial (BM) e Organização Mundial do Comércio (OMC): as instituições que governam a globalização

Apesar de existirem outras entidades com relevantes funções no sistema econômico internacional, a exemplo de “bancos regionais” e “numerosas organizações da ONU, como o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, ou a Conferência das Nações Unidas para o Comércio e o Desenvolvimento”, Joseph Stiglitz afirma que o FMI, o Banco Mundial e a OMC são responsáveis pela “administração” do panorama global apresentado<sup>113</sup>.

<sup>108</sup> CARVALHO, Laura. **Valsa brasileira**. Do boom ao caos econômico. São Paulo: Todavia, 2018, p. 161.

<sup>109</sup> DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. *Op. Cit.*, p. 277.

<sup>110</sup> *Idem. Ibidem*, p. 271.

<sup>111</sup> *Idem. Ibidem*, p. 198.

<sup>112</sup> BAUMAN, Zigmunt. **Globalização**. As consequências humanas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999, p. 73-74.

<sup>113</sup> STIGLITZ, Joseph. **El malestar en la globalización**. Ciudad de México: Punto de Lectura, 2010, p. 46.

As bases do programa econômico neoliberal foram construídas pelas recomendações proferidas pelo “Banco Mundial (BIRD<sup>114</sup>), Fundo Monetário Internacional (FMI), Organização Mundial do Comércio (OMC) e outras agências internacionais sob controle direto dos EUA e das potências capitalistas” cujos discursos apontavam para uma modernização, integração e liberalização da economia mundial<sup>115</sup>, a ser implementada pelos Estados Nacionais<sup>116</sup>.

Figura 2 – Tirinha da Mafalda que representa o domínio do FMI e do BM sobre a soberania dos Estados Nacionais<sup>117</sup>



Fonte: Google.

O Banco Mundial e o FMI foram criados ao final da Segunda Guerra Mundial, resultantes da Conferência Monetária e Financeira das Nações Unidas, realizado em *Bretton Woods, New Hampshire*, em julho de 1944<sup>118</sup> e que contou com a participação de 44 países<sup>119</sup>.

Mészáros indica que foi em *Bretton Woods* que se consolidou, de uma vez por todas, o privilégio estadunidense na economia, orientada pelo dólar e pela existência das instituições internacionais estudadas, sob regência dos EUA<sup>120</sup>.

Apesar da origem comum, ambas as instituições tinham tarefas bem definidas. Quanto ao FMI, o objetivo primordial era proporcionar, no plano internacional, a estabilização das moedas, financiando “os déficits temporais das balanças de pagamentos e estimulando a

<sup>114</sup> Neste caso, Banco Mundial (BM) e Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (BIRD) são usados como sinônimos.

<sup>115</sup> Stiglitz aponta, inclusive, que “os países em desenvolvimento de mais êxito, os do Leste Asiático, se abriram ao mundo de maneira lenta e gradual. Estes países aproveitaram a globalização para expandir suas exportações, e como consequência cresceram mais rapidamente. Mas desmantelaram duas barreiras protecionistas cuidadosa e sistematicamente, baixando-as somente quando se criavam novos empregos”. STIGLITZ, Joseph. **El malestar en la globalización**. Ciudad de México: Punto de Lectura, 2010, p. 123.

<sup>116</sup> TRINDADE, José Damião de Lima. **História social dos direitos humanos**. 3. ed. São Paulo: Petrópolis, 2011, p. 203.

<sup>117</sup> Tradução livre: Mafalda - “Não tenho que obedecer a ninguém, mamãe, eu sou uma presidenta!”; Mãe - “E eu sou o Banco Mundial, o Clube de Paris e o Fundo Monetário Internacional”.

<sup>118</sup> STIGLITZ, Joseph. **El malestar en la globalización**. Ciudad de México: Punto de Lectura, 2010, p. 47.

<sup>119</sup> TOUSSAINT, Eric. **Banque mondiale, le Coup d’Etat permanent**. Paris: CADTM, 2006, p. 31. Disponível em: [http://www.cadtm.org/IMG/pdf/Banque\\_mondiale\\_-\\_version\\_du\\_2\\_mai\\_2006-2.pdf](http://www.cadtm.org/IMG/pdf/Banque_mondiale_-_version_du_2_mai_2006-2.pdf). Acesso em: 24 out. 2018.

<sup>120</sup> MÉSZÁROS, István. **A crise estrutural do capital**. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2016, p. 36.

eliminação progressiva das restrições cambiais e a observação de normas internacionais de gestão financeira comumente aceitáveis”<sup>121</sup>.

Ao Banco Mundial caberia a “responsabilidade em conceder empréstimo e ser um instrumento para mobilizar e garantir o capital privado, necessário à reconstrução dos países destroçados pela guerra”<sup>122</sup> no chamado *Plano Marshall* e, de forma subsidiária, contribuir para o desenvolvimento das regiões economicamente mais atrasadas, inclusive algumas colônias europeias na África e na Ásia<sup>123</sup>.

Apesar de ter sua criação prevista em *Bretton Woods*, a Organização Mundial do Comércio (OMC) foi criada apenas em 1995. Diante da expansão das atividades do FMI naquela época, recebeu o papel de estabelecer o foro das negociações comerciais e a garantia do cumprimento de acordos celebrados entre os países<sup>124</sup>.

Se após a Segunda Guerra, a Organização das Nações Unidas (ONU) foi constituída como entidade garantidora da estabilidade política entre os países, o FMI visava a estabilidade econômica, impedindo a existência de novas depressões numa economia cada vez mais integrada<sup>125</sup>. Imprescindível rememorar que as organizações internacionais apresentadas surgem no contexto da Guerra Fria e são utilizadas para reforçar a influência e o domínio estadunidense sobre os países que compunham sua base aliada.

Em seus primeiros anos, o Banco Mundial foi posto de lado frente a necessidade de realização de acordos bilaterais, doações e empréstimos diretos pelos EUA. Nos países do “Terceiro Mundo”, a dinâmica operacionalizada foi de concessão de empréstimos, em contrapartida à injeção de capitais por meio de doação realizado na Europa. Para Eric Toussaint, tal escolha política significava a negação ao desenvolvimento e desendividamento daquela região. E mais: implicava na alimentação do sistema da dívida pública, assegurando “a lealdade dos PED [países em desenvolvimento] às instituições internacionais”<sup>126</sup>.

Se o FMI foi criado para intervir na economia, Stiglitz destaca que a virada neoliberal contribuiu para uma nova atuação que passou a proclamar “a supremacia do mercado com fervor ideológico”<sup>127</sup>. A contribuição financeira por meio de empréstimos e subvenções para

---

<sup>121</sup> RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. 2000. 267 páginas. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, p. 61.

<sup>122</sup> *Idem. Ibidem*, p. 61.

<sup>123</sup> TOUSSAINT, Eric. *Op. Cit.*, p. 33.

<sup>124</sup> STIGLITZ, Joseph. **El malestar en la globalización**. Ciudad de México: Punto de Lectura, 2010, p. 54-55.

<sup>125</sup> *Idem. Ibidem*, p. 47-49.

<sup>126</sup> TOUSSAINT, Eric. Por que o Plano Marshall? **CADTM**, 05 ago. 2014. Disponível em: [http://www.cadtm.org/spip.php?page=imprimer&id\\_article=10528](http://www.cadtm.org/spip.php?page=imprimer&id_article=10528). Acesso em: 22 dez. 2018.

<sup>127</sup> STIGLITZ, Joseph. **El malestar en la globalización**. Ciudad de México: Punto de Lectura, 2010, p. 49.

uma suposta estabilização econômica é condicionada à adoção, o mais rápido possível, de medidas neoliberais pelos Estados, a exemplo das privatizações, liberalização, macroestabilidade, políticas de austeridade e abertura ao capital estrangeiro<sup>128</sup>, possibilitando que as economias dos estados mais pobres e dependentes desmoronassem<sup>129</sup>.

Eric Toussaint elenca pontos que elucidam a atuação do Banco Mundial a partir de suas condicionantes, que trazem prejuízos aos países endividados e reforçam a ordem internacional, sob o pretexto de melhoria no bem estar dos cidadãos, que seria garantida com fundamento nas conhecidas missões do BM. Para o autor, (a) os “custos elevados para os países que pedem empréstimos”; (b) os investimentos que priorizam a infraestrutura e a exportação para a “satisfação da procura interna dos países em desenvolvimento” em detrimento da realização de direitos sociais; (c) o fluxo de capitais para o Norte do globo; e (d) os empréstimos odiosos<sup>130</sup> - concedidos na época das ditaduras ou quando os países ainda eram colônias - criaram um peso para as nações e são fatores essenciais para a manutenção de tudo o que já foi exposto<sup>131</sup>.

As atuações das duas instituições tornam-se mescladas e não mais tão bem definidas como outrora, evidenciando o crescimento da postura imperialista de ambas, com o conseqüente recrudescimento da divisão internacional do trabalho.

Na década de 1980, além das concessões direcionadas ao ajuste estrutural, o BM forneceu empréstimos cujos objetivos se prestaram a realização de outros projetos nos países periféricos – grandes obras, por exemplo. A condicionante desse empréstimo era imposta pelo FMI, que “se converteu em ingrediente permanente da vida de boa parte do mundo subdesenvolvido”<sup>132</sup>.

Sob a alegação de reestabelecer o crescimento dos países atingidos pela crise econômica, “o FMI tinha as respostas (basicamente as mesmas para qualquer país), não via a

---

<sup>128</sup> STIGLITZ, Joseph. **El malestar en la globalización**. Ciudad de México: Punto de Lectura, 2010, p. 135.

<sup>129</sup> *Idem. Ibidem*, p. 41.

<sup>130</sup> A auditoria cidadã da dívida pública afirma que a dívida odiosa, no caso do Brasil, é materializada pelos “sucessivos acordos feitos com o FMI [e com o Banco Mundial] [...] por governos ilegítimos (ditaduras)” que “representaram ofensa à soberania nacional e violação de direitos sociais e humanos. As imposições do FMI significaram a redução dos gastos sociais, elevação de tributos, liberalização do sistema financeiro e cambial, contenção da demanda interna para estimular as exportações, reajuste de preços públicos (como os combustíveis e eletricidade), contenção de salários, altas taxas de juros, privatizações. Tais medidas representaram dano financeiro e social inestimáveis”. COORDENAÇÃO da auditoria cidadã da dívida. CPI da dívida Pública. **Auditoria Cidadã da Dívida**, 30 mar. 2010, p. 3. Disponível em: <https://www.auditoriacidada.org.br/wp-content/uploads/2012/08/Informativo-mar%C3%A7o-2010.pdf>. Acesso em 22 out. 2018.

<sup>131</sup> TOUSSAINT, Eric. **Banque mondiale, le Coup d’Etat permanent**. Paris: CADTM, 2006, p. 37-47. Disponível em: [http://www.cadtm.org/IMG/pdf/Banque\\_mondiale\\_-\\_version\\_du\\_2\\_mai\\_2006-2.pdf](http://www.cadtm.org/IMG/pdf/Banque_mondiale_-_version_du_2_mai_2006-2.pdf). Acesso em: 24 out. 2018.

<sup>132</sup> STIGLITZ, Joseph. **El malestar en la globalización**. Ciudad de México: Punto de Lectura, 2010, p. 51-52.

necessidade de nenhuma discussão, e ainda que o Banco Mundial debatesse sobre o que devia fazer, na hora das recomendações se via pisando no vazio”<sup>133</sup>.

A vontade dessas instituições, respaldada pelo G-7, prevalece no espaço de tomada de decisões. Não se constata o cumprimento do objetivo inicial de estabilidade econômica, visto que aproximadamente “uma centena de países têm entrado em crise; e o que é pior, muitas das políticas recomendadas pelo FMI, em particular as prematuras liberalizações dos mercados de capitais, contribuíram à instabilidade global”<sup>134</sup>.

Aqueles que representam o FMI e o Banco Mundial em seus cargos máximos são figuras dos países centrais, vinculados às empresas transnacionais, sendo comum a atribuição dos cargos principais, de direção ou comando do FMI a um europeu e do Banco Mundial a um estadunidense<sup>135</sup>. As eleições são feitas a portas fechadas, mantendo a estrutura resultante da correlação de forças decorrentes da Segunda Guerra, inexistindo qualquer espécie de prestação de contas aos impactados pelas políticas das organizações<sup>136</sup>.

Stiglitz relata que além de não solucionar a questão da estabilidade econômica, o déficit democrático é problemático. A antidemocracia – ou, para Dardot e Laval, pós-democracia<sup>137</sup> – neoliberal criou canais de comunicação que não englobam a democracia, seja representativa ou participativa, mas *links* corporativos entre as organizações internacionais e os ministros da Fazenda e os presidentes dos Bancos Centrais, já que há um alinhamento político entre os dois grupos, no qual o Ministério do Comércio e seus figurões representam os interesses da comunidade internacional e os “ministros da fazenda e os presidentes dos Bancos Centrais costumam estar muito vinculados com a comunidade financeira; provém de empresas financeiras e, depois de sua etapa no Governo, ali voltam”<sup>138</sup>.

Milton Santos corrobora com a mencionada leitura ao afirmar que a vontade política dos Bancos Centrais muitas vezes é sobreposta à dos Parlamentos<sup>139</sup>, sendo habitual designar para a chefia daqueles “personagens mais comprometidos com os postulados ideológicos da finança internacional do que com os interesses concretos das sociedades nacionais”<sup>140</sup>.

---

<sup>133</sup> STIGLITZ, Joseph. **El malestar en la globalización**. Ciudad de México: Punto de Lectura, 2010, p. 51-52.

<sup>134</sup> *Idem. Ibidem*, p. 53-54.

<sup>135</sup> *Idem. Ibidem*, p. 60.

<sup>136</sup> STIGLITZ, Joseph. *Op. Cit.*, p. 49;60.

<sup>137</sup> DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo**. Ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2016, p. 8.

<sup>138</sup> STIGLITZ, Joseph. **El malestar en la globalización**. Ciudad de México: Punto de Lectura, 2010, p. 60-61.

<sup>139</sup> Resguardadas suas problemáticas, aqui se considera que seriam uma forma de expressão da democracia representativa.

<sup>140</sup> SANTOS, Milton. **Por outra globalização**. 23. Ed. Rio de Janeiro: Record, 2009, p. 77-78.

Apesar do que se demonstrou, sob o manto de uma suposta tecnicidade, o Acordo Constitutivo do Banco Mundial, de 1944, que foi promulgado no Brasil pelo Decreto nº 21.177, de 27 de maio de 1946, expressa no artigo IV, seção 10 que

o Banco e seus agentes não deverão intervir nos assuntos políticos de qualquer membro, nem se deixarão influenciar, nas suas decisões, pelas características políticas do membro ou dos membros em questão. As suas decisões só deverão ser informadas por considerações de ordem econômica, as quais deverão ser objeto de exame imparcial para que possam atingir-se os objetivos enunciados no artigo 1<sup>141</sup>.

De modo contrário ao expresso no documento normativo, Eric Toussaint relaciona dois golpes militares realizados na América Latina – Brasil (1964-1985) e Chile (1973-1990) – ao sistema de endividamento dos países, que perdurou mesmo após a redemocratização, demonstrando a influência indireta das organizações internacionais que se locupletam largamente do processo antidemocrático e de endividamento<sup>142</sup>.

Gráfico 1 – Brasil: pagamentos ao Banco Mundial

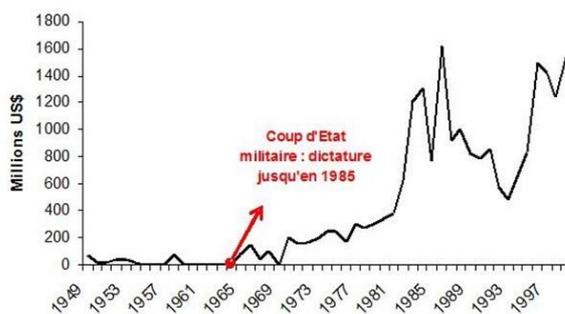
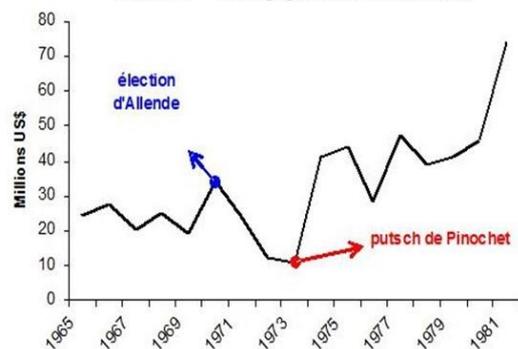


Gráfico 2 – Chile: pagamentos multilaterais



O Relatório Mundial sobre o Desenvolvimento Humano (PNUD – 1994) enfatizou que

de fato, a ajuda dada pelos Estados Unidos, durante os anos 1980, é inversamente proporcional ao respeito pelos direitos humanos. Os doadores multilaterais também não parecem muito incomodados com tais justificações. Parecem, de fato, preferir os regimes autoritários, aceitando sem pestanejar que esses regimes favorecem a estabilidade política e gerem melhor a economia<sup>143</sup>.

O esvaziamento democrático nos Estados é construído por um novo governo, de dimensão global, o que Stiglitz chama de “governo global sem Estado global”, tendo como principais protagonistas as instituições acima descritas e apoiado pelos Ministros de Finanças, Economia e Comércio dos países<sup>144</sup>.

<sup>141</sup> BANCO MUNDIAL, Acordo Constitutivo do Banco Mundial. **Centro de Direito Internacional**. Disponível em: <http://centrodereitointernacional.com.br/wp-content/uploads/2014/05/Acordo-Constitutivo-do-Banco-Mundial-BIRD.pdf>. Acesso em: 25 out. 2018.

<sup>142</sup> TOUSSAINT, Eric. **Banque mondiale, le Coup d'Etat permanent**. Paris: CADTM, 2006, p. 88-89. Disponível em: [http://www.cadtm.org/IMG/pdf/Banque\\_mondiale\\_-\\_version\\_du\\_2\\_mai\\_2006-2.pdf](http://www.cadtm.org/IMG/pdf/Banque_mondiale_-_version_du_2_mai_2006-2.pdf). Acesso em: 24 out. 2018.

<sup>143</sup> TOUSSAINT, Eric. **Banque mondiale, le Coup d'Etat permanent**. Paris: CADTM, 2006, p. 87. Disponível em: [http://www.cadtm.org/IMG/pdf/Banque\\_mondiale\\_-\\_version\\_du\\_2\\_mai\\_2006-2.pdf](http://www.cadtm.org/IMG/pdf/Banque_mondiale_-_version_du_2_mai_2006-2.pdf). Acesso em: 24 out. 2018.

<sup>144</sup> STIGLITZ, Joseph. **El malestar en la globalización**. Ciudad de México: Punto de Lectura, 2010, p. 64.

### 2.3.2 Democracia ou voto dos mercados?

A atualização da relação capital-Estado não implica a retirada do último do campo da política e da economia, senão a privatização e a terceirização também destas. Ao invés de atuar na preservação e na elaboração de normas de direito público, o ente estatal age de forma indireta, dispondo de seu poder para favorecer os atores privados, ao incorporar códigos, normas e padrões estabelecidos por estes ou por entidades que representam seus interesses, a exemplo de “empresas de *consulting*, agências de classificação, acordos comerciais internacionais<sup>145</sup>”.

Atilio Boron define que os conglomerados transnacionais atuam no cenário neoliberal como “novos leviatãs”, grandes oligopólios que concentram, centralizam e movimentam capitais<sup>146</sup>, espalhando-se globalmente, influenciando as decisões dos Estados, desestruturando instituições e ameaçando práticas democráticas nos países, principalmente periféricos<sup>147</sup>.

O cientista político utiliza a citação de George Soros, uma das mais famosas personalidades do capitalismo financeiro, para explicar a contradição existente entre as duas categorias analisadas: “os mercados votam todos os dias [...]. Não cabem dúvidas [...] que os mercados forçam os governos a adotar medidas impopulares que, no entanto, são indispensáveis. Decididamente, o verdadeiro sentido do estado repousa hoje nos mercados”<sup>148</sup>.

Marta Nunes da Costa vai mais além e diz que ocorreu uma substituição na titularidade da soberania na relação de governo, cuja detentora é a estrutura macroeconômica, caracterizada como “transnacional, global, e que escapa de qualquer tentativa de controle popular, responsabilização ou fiscalizações democráticas”<sup>149</sup>.

Em oposição a já controversa ideia consolidada de democracia representativa, na qual os cidadãos a cada dois anos escolhem seus representantes, quem decide de fato é o capital, isso porque a concepção do ato de votar como auge da participação democrática esconde uma série de desigualdades que perpassam do processo eleitoral (a exemplo do financiamento de campanhas) ao cumprimento de mandatos<sup>150</sup>.

---

<sup>145</sup> DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo**. Ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2016, p. 278.

<sup>146</sup> BORON, Atilio. Los nuevos leviatanes y la polis democrática. In: BORON, Atilio. **Tras el búho de Minerva**. Mercado contra democracia en el capitalismo de fin de siglo. Buenos Aires: CLACSO, 2000, p. 79. Disponível em: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20100614113052/5cap4.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2019.

<sup>147</sup> *Idem. Ibidem*, p. 68.

<sup>148</sup> SOROS, George apud BORON, Atilio. *Ibidem*, p. 75-76.

<sup>149</sup> COSTA, Marta Nunes da. **Modelos democráticos**. Belo Horizonte: Arraes, 2013, p. 85.

<sup>150</sup> *Idem. Ibidem*, p. 77.

A igualdade política se concebe para além do direito de votar, que seria sua versão mínima. Compreende no poder de influenciar a construção da agenda política, a necessária atualização das capacidades e direitos do cidadão, bem como a regulação política e moral da solidariedade social que se manifesta na reciprocidade e na cooperação entre os sujeitos<sup>151</sup>.

### 2.3.2.1 Soberania popular: qual o verdadeiro sentido da democracia na sociedade contemporânea?

Nos marcos do sistema democrático e do constitucionalismo que se estabeleceram pós Segunda Guerra Mundial, a soberania popular é o fundamento essencial da participação e do controle social que estruturam a República Federativa do Brasil. Após enumerar os fundamentos da República Federativa, o artigo 1º da Carta Política brasileira, explicita no parágrafo único que “todo poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição”.

A democracia e a observância dos direitos sociais seriam as exigências fundamentais da construção de legitimidade dentro de um Estado Democrático de Direito, devendo-se espriar tal concepção em todas as instituições políticas e jurídicas subordinadas a ele, incluindo as referentes à Administração Pública e ao direito administrativo.

A nova hermenêutica constitucional foi construída no contexto de pós-positivismo consolidado após as duas grandes guerras, em que “a superação histórica do jusnaturalismo e o fracasso político do positivismo abriram caminho para um conjunto amplo e ainda inacabado de reflexões acerca do direito, sua função social e sua interpretação”<sup>152</sup>.

O paradigma neoconstitucional deu *status* de centralidade às novas Cartas Políticas, com o surgimento do Estado Constitucional de Direito em substituição ao Estado Legislativo de Direito. Isto quer dizer que o ordenamento jurídico e a interpretação de suas normas devem se orientar pelo conjunto de valores inscritos na Constituição, visto que a influência do direito constitucional sobre o infraconstitucional, isto é, a constitucionalização do direito infraconstitucional, é marcada pela “reinterpretação de seus institutos sob uma ótica constitucional”<sup>153</sup>.

<sup>151</sup> COSTA, Marta Nunes da. **Modelos democráticos**. Belo Horizonte: Arraes, 2013, p. 80.

<sup>152</sup> BARCELLOS, Ana Paula de; BARROSO, Luís Roberto. O começo da história: a nova interpretação constitucional e o papel dos princípios no direito brasileiro. In: SILVA, Virgílio Afonso da (org.). **Interpretação constitucional**. São Paulo: Malheiros, 2005, p. 278.

<sup>153</sup> BARROSO, Luís Roberto. A razão sem voto: o Supremo Tribunal Federal e o governo da maioria. In: VIEIRA, Oscar Vilhena; GLEZER, Rubens (orgs.). **A razão e o voto: diálogos constitucionais com Luís Roberto Barroso**. São Paulo: FGV, 2017, p. 31-32.

Ocorre que, conforme demonstrado, além do déficit democrático constante na história dos países de capitalismo periférico, durante boa parte do século XX, estes Estados passaram por momentos de sanguinárias ditaduras civis-militares, não sendo vislumbrada a possibilidade de desenvolvimento do *Welfare State*, como experimentou boa parte do Norte<sup>154</sup>. Apesar disso, foi estruturada nestes territórios uma referência de keynesianismo, responsável por influenciar, em maior ou menor grau, as noções de legislação social ou organização sindical.

A redemocratização, tanto no Brasil quanto nos demais países da América Latina, proporcionou um levante de mobilizações sociais que culminaram no reconhecimento de direitos de segunda e terceira dimensões nas Cartas Políticas dos Estados<sup>155</sup>. Para Roberto Gargarella, “estas mudanças deram *status* especial, ocasionalmente constitucional, aos tratados internacionais de direitos humanos que os países haviam firmado durante as quatro ou cinco décadas anteriores”, protegendo aqueles que foram vilipendiados pelos sistemas antidemocráticos<sup>156</sup>.

Ana Paula de Barcellos e Luís Roberto Barroso apresentam três dimensões da democracia: formal, substantiva e deliberativa. O regime democrático não implica somente no governo da vontade da maioria (formal), mas também no respeito e “preservação de valores e direitos fundamentais” (substantiva), além do “debate público, argumentos e persuasão” (deliberativa)<sup>157</sup>.

Um dos maiores desafios da democracia contemporânea seria compreender e identificar a vontade da soberania popular e transformá-la em Direito<sup>158</sup>, principalmente nesta época em que a democracia real parece mais distante. Para Fábio Konder Comparato, a participação é um

---

<sup>154</sup> De acordo com Ricardo Antunes, a constituição do *Welfare State* na primeira metade do século XX se dá a partir da necessidade de fortalecimento de um Estado regulador e economicamente comprometido, tendo como marcos históricos importantes a crise de 1929, a gestão keynesiana e o fim das duas grandes guerras mundiais. É uma construção contraditória. De um lado representa o equilíbrio e apassivamento das lutas existentes entre operariado e burguesia, consolidando um “compromisso social-democrático” e podendo gerar um “fetichismo de Estado”. Em outro sentido, significa para o proletariado, a garantia de uma proteção mínima e seguridade social diante da exploração desmedida de sua força de trabalho. ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho**. Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2. ed. 3. reimp. São Paulo: Boitempo, 2015, p. 40-42.

<sup>155</sup> Ao estabelecer uma ordem oposta à ditatorial, as Cartas Constitucionais propuseram a maximização constitucional na vida dos cidadãos, passando a regulamentar de forma detalhada “um amplo campo das relações sociais, econômicas e públicas”, resultando no que Oscar Vieira Vilhena chama de hiperconstitucionalização. VIEIRA, Oscar Vieira. Supremocracia. **Revista de Direito GV**. São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, v. 4, n. 2, p. 441-464, jul./dez. 2008, p. 446.

<sup>156</sup> GARGARELLA, Roberto. Constitucionalismo latino-americano: a necessidade prioritária de uma reforma política. In: RIBAS, Luiz Otávio (org.). **Constituinte exclusiva**. Um outro sistema político é possível. São Paulo: Expressão Popular, 2014, p. 19.

<sup>157</sup> BARCELLOS, Ana Paula de; BARROSO, Luís Roberto. O começo da história: a nova interpretação constitucional e o papel dos princípios no direito brasileiro. In: SILVA, Virgílio Afonso da (org.). **Interpretação constitucional**. São Paulo: Malheiros, 2005, p. 279:315.

<sup>158</sup> AITH, Fernando. **Direito à saúde e democracia sanitária**. São Paulo: Quartier Latin, 2017, p. 19.

dos fundamentos máximos da soberania popular e do ideário da nova democracia, que viabiliza a participação cidadã<sup>159</sup>.

No caso do Brasil, a “nova cidadania” inaugurada com o Estado Democrático de Direito buscou a instauração democrática em cinco níveis:

- a) na distribuição dos bens, materiais e imateriais, indispensáveis a uma existência socialmente digna;
- b) na proteção dos interesses difusos ou transindividuais;
- c) no controle do poder político;
- d) na administração da coisa pública;
- e) na proteção dos interesses transnacionais<sup>160</sup>.

A efetivação da justiça distributiva na seara dos direitos sociais, no reconhecimento da coletividade desses direitos e da judicialização de suas demandas decorre da prática cidadã e democrática cotidiana.

Uma das formas de materialização do controle social do poder público é nas “tomadas de decisões políticas fundamentais”, a exemplo de políticas públicas nas quais os cidadãos propõem e intervêm de forma individual ou coletiva<sup>161</sup>, seja na Administração Pública, a exemplo da participação em conselhos<sup>162</sup>, conferências, audiências públicas e no orçamento

<sup>159</sup> COMPARATO, Fábio Konder. A nova cidadania. **Lua Nova**. São Paulo, n. 28-29, p. 85-106, abr. 1993. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-64451993000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451993000100005&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 16 out. 2018.

<sup>160</sup> *Idem. Ibidem.*

<sup>161</sup> Aith resume bem essa concepção ao aduzir que no direito à saúde “a participação democrática, ativa e consciente do cidadão, deve estar presente no ato de prescrição de seu tratamento médico exarado pelo profissional de saúde competente (a prescrição do médico que atua na rede pública é uma decisão estatal de saúde com enormes consequências para o sistema); na organização e funcionamento dos equipamentos e serviços públicos de saúde (financiamento, gestão, qualidade); na formulação de políticas públicas de saúde (política nacional de vigilância sanitária e epidemiológica, política nacional de assistência farmacêutica, política nacional de saúde etc.); enfim, em todos os processos que conduzam a decisões relevantes no campo da saúde pública no Brasil”. AITH, Fernando. **Direito à saúde e democracia sanitária**. São Paulo: Quartier Latin, 2017, p. 102.

<sup>162</sup> “[...] conselhos de políticas públicas nas áreas de saúde, trabalho e emprego, assistência social, desenvolvimento rural, educação, meio ambiente, planejamento e gestão urbana, entorpecentes, e os conselhos de direitos da criança e do adolescente, do negro, da mulher, dos portadores de deficiências, do idoso”. CÔRTEZ, Soraya M. Vargas. Arcabouço institucional e participação em conselhos municipais de saúde e assistência social. In: SANTOS JUNIOR, Orlando Alves dos; RIBEIRO, Luiz Cesar de Queiroz; AZEVEDO, Sérgio de (Orgs.). **Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2004, p. 249.

participativo; ou no processo legislativo, por referendo, plebiscito<sup>163</sup> e iniciativa popular legislativa<sup>164</sup>, previstos pela CF no artigo 14, I, II e III e regulados pela Lei nº 9.709/1998.

Comparato lista a participação cidadã “na correção dos abusos da representação política”, com instrumentos a exemplo do *recall* político<sup>165</sup> e por meio da “censura dos poderes públicos”, a exemplo da proposição de uma ação popular<sup>166</sup>.

Di Pietro apresenta duas modalidades de participação na administração pública: a direta e a indireta<sup>167</sup>. Na forma direta, os cidadãos podem se valer do direito de serem ouvidos (art. 5º, LV e LVI, da CF) e da enquete, viabilizada no direito brasileiro durante a realização de audiências públicas (art. 58, CF). Quanto à participação indireta, a autora destaca a participação

---

<sup>163</sup> De acordo com o artigo 2º da Lei nº 9.709/1998, “plebiscito e referendo são consultas formuladas ao povo para que se delibere sobre matéria de acentuada relevância, de natureza constitucional, legislativa ou administrativa”, sendo o plebiscito “convocado com anterioridade a ato legislativo ou administrativo, cabendo ao povo, pelo voto, aprovar ou denegar o que lhe tenha sido submetido” e o referendo, “com posterioridade a ato legislativo, cumprindo ao povo a respectiva ratificação ou rejeição”. Exemplificam esses mecanismos os plebiscitos realizados em 1993, quanto à forma e o sistema de governo atuais (monarquia ou república; parlamentarismo ou presidencialismo) e 2011, pelo desmembramento do Estado do Pará, com participação exclusiva do povo desta unidade federativa. Em 2005, os cidadãos brasileiros participaram do referendo sobre a proibição do comércio de armas de fogo e munições no país.

<sup>164</sup> A iniciativa popular legislativa junto à Câmara dos Deputados deve observar os requisitos contidos no artigo 13 da Lei nº 9.709, de subscrição mínima de “um por cento do eleitorado nacional, distribuído pelo menos por cinco Estados, com não menos de três décimos por cento dos eleitores de cada um deles”, limitando-se a apenas um assunto. Exemplo dessa forma de participação popular é o Projeto de Lei Complementar nº 321/2013 que buscava a destinação de 10% da receita corrente bruta da União ao Sistema Único de Saúde, que teve a assinatura de 1,9 milhão de eleitores e iniciativa popular do Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública (Saúde+10), fórum composto por entidades como o Conselho Nacional de Saúde (CNS), a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) e a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB). **CÂMARA NOTÍCIAS**. Proposta popular destina 10% da receita bruta da União para a saúde. **Câmara dos Deputados**, 01 out. 2013. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/SAUDE/453441-PROPOSTA-POPULAR-DESTINA-10-DA-RECEITA-BRUTA-DA-UNIAO-PARA-A-SAUDE.html>. Acesso em: 25 set. 2018.

<sup>165</sup> Conceituado como o “instituto que confere ao cidadão o direito de revogar o mandato conferido a alguém que não esteja cumprindo com seus deveres, sendo uma eleição especial na qual se retira uma pessoa do cargo e se coloca outra no lugar”, o *recall* se diferencia do *impeachment* pelo fato de ser convocado pelos próprios cidadãos, podendo ser motivado ou não (a depender do regimento do Estado), enquanto que o *impeachment*, no Brasil, é motivado exclusivamente pelo cometimento de um crime de responsabilidade, de acordo com a Lei nº 1.079/1950. A destituição de um Chefe do Poder Executivo com base na iniciativa popular existe no ordenamento jurídico de alguns estados dos EUA – pelo nome de *recall* – e é prevista na Carta Constitucional de alguns países da América Latina, a exemplo da Colômbia e da Venezuela, em que se conhece por revogação do mandato eletivo. MELATTI, Alexandre. Recall: o direito de revogação do mandato político e a Constituição Federal Brasileira. **Portal Jus**. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/48548/recall-o-direito-de-revogacao-do-mandato-politico-e-a-constituicao-federal-brasileira/2>. Acesso em: 25 set. 2018. Questiona-se atualmente a compatibilidade deste instrumento à ordem constitucional brasileira, visto que algumas propostas de emenda pertinentes ao tema foram arquivadas, a exemplo da PEC nº 73/2005, de autoria do Senador Eduardo Suplicy.

<sup>166</sup> O inciso LXXIII do artigo 5º da CF aduz que “qualquer cidadão é parte legítima para propor ação popular que vise a anular ato lesivo ao patrimônio público ou de entidade de que o Estado participe, à moralidade administrativa, ao meio ambiente e ao patrimônio histórico e cultural, ficando o autor, salvo comprovada má-fé, isento de custas judiciais e do ônus da sucumbência”.

<sup>167</sup> DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. Participação popular na administração pública. **Revista de direito administrativo**. Rio de Janeiro, 191, p. 26-39, jan/mar. 1993, p. 33-37. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/45639>. Acesso em: 04 out. 2018.

popular em órgãos de consulta, em órgãos de decisão, via Poder Judiciário e do “ombudsman”<sup>168</sup>.

A previsão do “caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados” da seguridade social, contida no artigo 194, VII da CF, é elucidativa quanto à participação popular na administração da coisa pública.

Os interesses transnacionais a serem resguardados se referem aos direitos humanos preservados pela ordem jurídica internacional, consagrados por tratados e convenções, atinentes ao direito do trabalho, à saúde, seguridade, democracia, soberania das nações, entre outros.

Ao propor uma ressignificação do termo “democracia direta” como “o povo investido na amplitude real de seu poder de soberania, alcançado pela expressão desimpedida de sua vontade regulativa, o controle final de todo o processo político”, Paulo Bonavides apresenta duas noções sobre o povo: uma que deve ser superada (povo-ficção) e outra essencial à concretização da democracia direta (povo-realidade)<sup>169</sup>.

O jurista explica que povo é um termo simbólico e o “povo-ficção” é resultado de uma democracia meramente representativa, que privilegia o formalismo e a profunda oposição entre governantes e governados. Já “povo-realidade” estaria diretamente aplicado ao conceito de democracia direta, cuja decisão soberana é que garante a legitimidade da ação do governo<sup>170</sup>.

Deve-se atentar ao fato de que a compreensão unitária acerca da noção de povo, com apenas um interesse, pode levar a uma interpretação errônea. Existem fatores de profunda desigualdade que restringem o acesso de direitos e a titularidade da soberania por alguns, por isso, os valores e objetivos consagrados constitucionalmente devem ser perseguidos junto ao entendimento que se faça dessa categoria sociológica.

As entidades que compunham o Conselho Nacional de Saúde no ano de 2012<sup>171</sup>, por exemplo, demonstravam a correlação de forças existente no campo da participação popular,

<sup>168</sup> Este instituto não é previsto pelo direito brasileiro, mas é entendido como “um órgão de proteção dos cidadãos ligados ao Parlamento e que detém uma série de prerrogativas de controle da administração pública. [...] atua com independência e sem muito formalismo”. DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. Participação popular na administração pública. **Revista de direito administrativo**. Rio de Janeiro, 191, p. 26-39, jan/mar. 1993, p. 36. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/45639>. Acesso em: 04 out. 2018.

<sup>169</sup> BONAVIDES, Paulo. **Teoria do Estado**. 3. ed. São Paulo: Malheiros, 1999, p. 355.

<sup>170</sup> *Idem. Ibidem*, p. 355.

<sup>171</sup> “No campo da saúde, representam a sociedade civil, no Conselho Nacional de Saúde, por exemplo: Federação Brasileira de Hospitais (FBH), Confederação de Misericórdias do Brasil, Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge) e Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo (Sinamge), que defendem claramente a saúde como mercadoria e fonte de lucro. Também representando a sociedade civil participam: Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS), Confederação Nacional das Associações de Moradores (Conam), Central de Movimentos Populares (CMP). Constitui-se em um espaço de luta de interesses contraditórios que expressam os interesses de classe que circulam no conjunto da sociedade, mesmo que não se apresentem como

indicando a heterogeneidade da sociedade civil. Assim, além da legitimidade conferida pela participação popular, importa que as decisões e deliberações observem os marcos constitucionais e infraconstitucionais a respeito dos temas em análise.

Marta Nunes da Costa afirma que “a representação não é suficiente para garantir a necessária legitimidade de um governo democrático”, devendo-se incluir a participação e a deliberação<sup>172</sup>. A complexificação social, o crescimento e acessibilidade a novas formas de tecnologias de comunicação são fatores de relevante observância e que podem contribuir para enraizar a participação cidadã no cotidiano, a exemplo dos portais de transparência e sites com ouvidorias públicas, como os do Ministério Público Federal, Ministério Público do Trabalho e Tribunal de Contas da União.

### 2.3.2.2 Soberania dos mercados e o caráter antidemocrático do neoliberalismo

A medida em que as novas democracias surgiam na América Latina, aprofundava-se, conforme demonstrado, a crise estrutural do capital. A intervenção estatal pela efetividade dos direitos logo deu lugar a ações pelos ajustes estruturais, discurso de governança e austeridade – típicos do neoliberalismo – ampliando a pobreza e a miséria em países que sequer consolidaram o mínimo existencial de sua população<sup>173</sup>.

Atilio Boron indica a existência de quatro contradições entre democracia e mercado, responsáveis por exteriorizar a impossível compatibilidade entre ambos, evidenciando o processo de erosão e esvaziamento da primeira diante de uma sociedade financeirizada, reorganizada estruturalmente para garantir maiores taxas de lucros às empresas transnacionais e que cada vez mais precariza os direitos sociais e a vida de seus cidadãos. Seriam elas: (a) a lógica orientadora; (b) as formas de acesso e participação; (c) os ideais e valores; e (d) o processo de descidadanização<sup>174</sup>.

As lógicas que orientam democracia e mercado são opostas. No caso do Brasil, que viveu o processo de redemocratização após mais de duas décadas de regime civil-militar, o

---

tais”. BRAVO, Maria Inês; CORREIA, Maria Valéria. Desafios do controle social na atualidade. **Revista Serviço Social**. São Paulo, n. 109, p. 126-150, jan/mar. 2012, p. 131. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-66282012000100008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282012000100008). Acesso em: 03 out. 2018.

<sup>172</sup> COSTA, Marta Nunes da. **Modelos democráticos**. Belo Horizonte: Arraes, 2013, p. 16.

<sup>173</sup> GARGARELLA, Roberto. Constitucionalismo latino-americano: a necessidade prioritária de uma reforma política. In: RIBAS, Luiz Otávio (org.). **Constituinte exclusiva**. Um outro sistema político é possível. São Paulo: Expressão Popular, 2014, p. 20.

<sup>174</sup> BORON, Atilio. Los nuevos leviatanes y la polis democrática. In: BORON, Atilio. **Tras el búho de Minerva**. Mercado contra democracia en el capitalismo de fin de siglo. Buenos Aires: CLACSO, 2000, p. 69-72. Disponível em: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20100614113052/5cap4.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2019.

Título I da Constituição Federal brasileira atribui conteúdo material à democracia ao enumerar os princípios fundamentais da República, que incluem os fundamentos – a soberania, a cidadania, a dignidade da pessoa humana, os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa – e os objetivos fundamentais – construção de uma sociedade livre, justa e solidária; garantia do desenvolvimento nacional; erradicação da pobreza e da marginalização, bem como redução de desigualdades regionais e sociais; promoção do bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

Significa que a democracia não é meramente uma forma jurídico-procedimental ou metodológica, há um conteúdo que reconhece autonomia e igualdade política aos cidadãos<sup>175</sup>. Nesse contexto, destaca-se o caráter antidemocrático do neoliberalismo, no qual permanecem as instituições e mecanismos formais, desde que funcionais ao sistema capitalista sem aquelas bases materiais<sup>176</sup>. Na interpretação de Laura Carvalho, o neoliberalismo é “um instrumento de desativação do jogo democrático”<sup>177</sup>.

Cabe rememorar o discurso de Friedrich Hayek, em 1981, a um jornal chileno: “minha preferência pende a favor de uma ditadura liberal, não a um governo democrático em que não haja nenhum liberalismo”. Para este teórico, portanto, antes mesmo das bases democráticas manifestadas em suas acepções formal, substantiva e deliberativa, é necessário que o governo garanta a submissão às regras do direito privado<sup>178</sup>.

Dardot e Laval destacam que o relatório “*The Crisis of Democracy*”, elaborado pela Comissão Trilateral em 1975 destacava a “ingovernabilidade das democracias” por conta da elevada participação política e social dos governados.

Os três relatores da Comissão Trilateral, Michel Crozier, Samuel Huntington e Joji Watanuki, queixavam-se do “excesso de democracia” que surgiu nos anos 1960, isto é, em sua opinião, do aumento das reivindicações igualitárias e do desejo de participação política ativa das classes mais pobres e mais marginalizadas. Para eles, a democracia política somente pode funcionar normalmente com certo grau “de apatia e não de participação da parte de certos indivíduos e grupos”<sup>179</sup>.

Gabriel Vitullo e Davide Scavo criticam a concepção procedimental da democracia pela manifestação elitista, transformando-a em “técnica constituída por normas que visam garantir

<sup>175</sup> BORON, Atilio. Los nuevos leviatanes y la polis democrática. In: BORON, Atilio. **Tras el búho de Minerva**. Mercado contra democracia en el capitalismo de fin de siglo. Buenos Aires: CLACSO, 2000, p. 69. Disponível em: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20100614113052/5cap4.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2019.

<sup>176</sup> DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo**. Ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2016, p. 20.

<sup>177</sup> CARVALHO, Laura. **Valsa brasileira**. Do boom ao caos econômico. São Paulo: Todavia, 2018, p. 124.

<sup>178</sup> DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. *Op. Cit.*, p. 184.

<sup>179</sup> *Idem. Ibidem*, p. 194.

a eleição rotativa das lideranças políticas; lideranças que desempenhariam um papel comparável aos dos empresários”<sup>180</sup>.

Assim, a lógica orientadora da democracia que se pretende nos textos constitucionais seria ascendente, indicando que a legitimidade do poder é – ou deveria ser - resultado do reconhecimento dos cidadãos aos governantes. É condicionante da democracia que exista uma avançada igualdade social, de condições e oportunidades<sup>181</sup>.

Já no caso do mercado, observa-se a lógica descendente, contrária à da democracia, visto que quem participa e maneja aquele campo são os próprios oligopólios, ainda que não tenham controle total sobre os resultados. De forma sucinta, o mercado não precisa de cidadãos iguais, mas vendedores e compradores – tanto de mercadorias quanto da força de trabalho – que garantam o lucrativo funcionamento da economia.

Entretanto, a economia passa a definir o programa de atuação dos três poderes do Estado, em maior ou menor dimensão. O econômico é tido como o antônimo de político, não cabendo aos Estados, muito menos aos cidadãos, o questionamento da vontade dos mercados, ressaíndo a atuação estatal pró-mercado<sup>182</sup>. Não procede o discurso da ausência do Estado para a autorregulação mercadológica, mas o profundo engajamento estatal na construção da racionalidade.

Esvazia-se o sentido da democracia e são assegurados os direitos privados e que interessam às “oligarquias burocráticas e políticas, multinacionais, atores financeiros e grandes organismos econômicos internacionais”<sup>183</sup>.

Cristina Galindo, em reportagem para o *El País*, averiguou que atualmente o recurso mais valioso economicamente são os dados de informações pessoais, tendo em vista a crescente importância das tecnologias de comunicação<sup>184</sup>. Constata ainda que a receita e o valor de empresas transnacionais, a exemplo da Apple, Google, Microsoft, Facebook (Instagram,

<sup>180</sup> VITULLO, Gabriel; SCAVO, Davide. O liberalismo e a definição bobbiana de democracia: elementos para uma análise crítica. **Revista Brasileira de Ciência Política**. Brasília, n. 13, p. 89-105, jan./abril. 2014, p. 94-95. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcpol/n13/a04n13.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2019.

<sup>181</sup> BORON, Atilio. Los nuevos leviatanes y la polis democrática. In: BORON, Atilio. **Tras el búho de Minerva**. Mercado contra democracia en el capitalismo de fin de siglo. Buenos Aires: CLACSO, 2000, p. 75. Disponível em: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20100614113052/5cap4.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2019.

<sup>182</sup> BAUMAN, Zigmunt. **Globalização**. As consequências humanas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999, p. 74.

<sup>183</sup> DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo**. Ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2016, p. 8.

<sup>184</sup> Ressalta-se que essa influência não é apenas econômica, mas ideológica e social, conforme pode-se constatar no caso da divulgação das *fake news* pelo Facebook (e Whatsapp) nos processos eleitorais, a exemplo do que aconteceu no Brasil. DEARO, Guilherme. Nos EUA, uso de fake news nas eleições de 2018 já superou Trump em 2016. **Exame**, 03 nov. 2018. Disponível em: <https://exame.abril.com.br/mundo/nos-eua-uso-de-fake-news-nas-eleicoes-2018-ja-superou-trump-em-2016/>. Acesso em: 30 mar. 2019. GRAGNANI, Juliana. Um Brasil dividido e movido a notícias falsas: uma semana dentro de 272 grupos políticos no Whatsapp. **BBC News**, 05 out. 2018. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-45666742>. Acesso em: 30 mar. 2019.

Whatsapp, Messenger) e Amazon é maior do que o PIB de muitos países. No caso da Apple, por exemplo, fala-se em um valor de capitalização de 850 bilhões de dólares, razão equivalente ao tamanho das economias turca, holandesa ou suíça<sup>185</sup>.

Baseada no demonstrativo da ONG Global Justice Now, que contrasta as “cifras de negócios das principais empresas com a renda orçamentária dos países” (conforme a figura 1) e considerando ainda que esse critério é um pouco instável, a pesquisadora observa que “seria ingênuo pensar que o setor privado não influi nas decisões políticas, na elaboração de leis e no dia a dia dos cidadãos”<sup>186</sup>.

Figura 3 – Comparação da cifra de negócio das empresas com os rendimentos consignados nos orçamentos dos países



Fonte: El País

Apesar de aparecerem no mesmo sujeito, as figuras de cidadão e consumidor são contrapostas já nesse momento. Se no primeiro caso, é ele quem deveria legitimar a estrutura democrática e influir nas decisões das instituições governamentais, no segundo, seu poder de compra é limitado aos desígnios das corporações transnacionais.

Destarte, a soberania popular que fundamenta a democracia, com vistas a ser inclusiva e participativa, não é verificada no mercado cuja inclusão é resultado do poder de compra, ou seja, do dinheiro. Para Boron, vive-se “no pior de dois mundos: democracias sem soberania popular e mercados sem soberania do consumidor”<sup>187</sup>. Neste ponto, destaca-se a atuação da publicidade e de outras formas de controle social que influenciam no distanciamento do cidadão

<sup>185</sup> GALINDO, Cristina. Quando as empresas são mais poderosas que os países. *El País*, 08 nov. 2017. Disponível em: [https://brasil.elpais.com/brasil/2017/11/03/economia/1509714366\\_037336.html](https://brasil.elpais.com/brasil/2017/11/03/economia/1509714366_037336.html). Acesso em: 16 mar. 2019.

<sup>186</sup> *Idem. Ibidem.*

<sup>187</sup> BORON, Atilio. Los nuevos leviatanes y la polis democrática. In: BORON, Atilio. *Tras el búho de Minerva*. Mercado contra democracia en el capitalismo de fin de siglo. Buenos Aires: CLACSO, 2000, p. 77. Disponível em: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20100614113052/5cap4.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2019.

pela aversão à política e ao sentido público da vida em sociedade a partir da construção da sua identidade pelo consumo<sup>188</sup>.

Figura 4 – Publicidade do Banco Santander de 2016/2017



Fonte: Arquivo pessoal.

A imagem publicitária acima é elucidativa do que se afirma: no momento em que o Brasil passava por uma discussão de contrarreforma trabalhista, uma instituição financeira propõe dialogar com o “empreendedor” (de si mesmo)<sup>189</sup> – nomenclatura neoliberal para designar o trabalhador – sobre sua nova carteira de trabalho. De instrumento protetivo e garantidor de direitos objetivando estabelecer um equilíbrio mínimo entre empregador e empregado, o “novo documento” passaria a ser um dos símbolos máximos da sociedade de consumo: o cartão de crédito.

Conforme já demonstrado, democracia e mercado possuem valores opostos. Da leitura dos primeiros artigos da Constituição Federal do Brasil, observa-se um rol de princípios escolhidos pelos constituintes para fundamentar aquela sociedade, entre os quais se destaca a justiça social. A democracia “é uma ficção se não se apoia sobre uma plataforma mínima de

<sup>188</sup> BORON, Atilio. Los nuevos leviatanes y la polis democrática. In: BORON, Atilio. **Tras el búho de Minerva**. Mercado contra democracia en el capitalismo de fin de siglo. Buenos Aires: CLACSO, 2000, p. 70. Disponível em: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20100614113052/5cap4.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2019.

<sup>189</sup> Recomenda-se a leitura de: FANJUL, Sergio C. Sair da ‘zona de conforto’ e outras bobagens do mundo corporativo. **El país**, 25 out. 2017. Disponível em: [https://brasil.elpais.com/brasil/2017/10/24/economia/1508848045\\_385114.html](https://brasil.elpais.com/brasil/2017/10/24/economia/1508848045_385114.html). Acesso em: 30 mar. 2019.

justiça”, devendo ser refletida em todas as instituições sociais<sup>190</sup> e na transformação social<sup>191</sup>. Já para o mercado, a lógica dos grandes lucros, por si só, distorce o ideal de justiça social. Marta Nunes da Costa afirma que “as leis democráticas não se regem por premissas democráticas” e a existência do neoliberalismo impede a existência da democracia<sup>192</sup>.

Se a democracia, ainda que de forma limitada, busca construir um mínimo de igualdade política e justiça social, a incompatibilidade com a ordem econômica neoliberal culminou na preponderância desta última, prevalecendo a reconcentração de renda a custa do aumento da desigualdade, da exclusão e do empobrecimento massivo, típicos do mercado; um processo de descidadanização da Seguridade Social construída nos Estados Sociais<sup>193</sup>; e consequente esvaziamento e/ou debilidade das instituições democráticas<sup>194</sup>.

Milton Santos retrata o fenômeno do totalitarismo que ataca a democracia e que se propõe como única solução viável. Para o autor, existe a necessidade de questionamento e revisão de algumas concepções de democracia, opinião pública e cidadania, “sobretudo nos lugares onde essas categorias nunca foram claramente definidas nem totalmente exercitadas”<sup>195</sup>.

No caso da América Latina e demais países periféricos, o déficit democrático é também resultado da formação sócio histórica que tem bases na escravidão e no colonialismo, que influenciam até os dias de hoje a qualidade da democracia nestas regiões. Boron destaca a “pobreza e a polarização social, a crise e/ou dissolução institucional, a corrupção política, a indiferença governamental ante as necessidades da sociedade civil e o consequente desencanto com a democracia” como questões atuais e estruturantes, isto é, prévias à implementação neoliberal<sup>196</sup>.

Escancara-se o neocolonialismo a partir do “esfacelamento da Constituição, que liquida os princípios fundamentais [...], designadamente a separação de poderes, a soberania do Estado, a probidade administrativa, a isonomia, a justiça, a liberdade, a solidariedade”, impedindo o funcionamento das democracias<sup>197</sup>. O Executivo, muitas vezes amparado pelo Legislativo e

---

<sup>190</sup> BORON, Atilio. Los nuevos leviatanes y la polis democrática. In: BORON, Atilio. **Tras el búho de Minerva**. Mercado contra democracia en el capitalismo de fin de siglo. Buenos Aires: CLACSO, 2000, p. 71. Disponível em: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20100614113052/5cap4.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2019.

<sup>191</sup> VITULLO, Gabriel; SCAVO, Davide. O liberalismo e a definição bobbiana de democracia: elementos para uma análise crítica. **Revista Brasileira de Ciência Política**. Brasília, n. 13, p. 89-105, jan./abril. 2014, p. 94. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcpol/n13/a04n13.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2019.

<sup>192</sup> COSTA, Marta Nunes da. **Modelos democráticos**. Belo Horizonte: Arraes, 2013, p. 40-41.

<sup>193</sup> BORON, Atilio. *Op. Cit.*, p. 72-73.

<sup>194</sup> *Idem. Ibidem*, p. 73.

<sup>195</sup> SANTOS, Milton. **Por outra globalização**. 23. ed. Rio de Janeiro: Record, 2009, p. 53-55.

<sup>196</sup> BORON, Atilio. *Op. Cit.*, p. 75.

<sup>197</sup> BONAVIDES, Paulo. **Do país constitucional ao país neocolonial**. A derrubada da Constituição e a recolonização pelo golpe de Estado institucional. 4. ed. São Paulo: Malheiros, 2009, p. 13.

pelo Judiciário, protagoniza tal processo com a formulação de leis, medidas provisórias e emendas, ou inviabilizando legislações constitucionais originárias.

Por esse motivo, Maria Lucia Teixeira Werneck Vianna afirma que “muitos fatores concorrem para que, no Brasil, bem-estar, seguridade social, e análogos, não passem de palavras”<sup>198</sup>.

Apesar da teoria da constituição apontar num sentido, acontece que a transição democrática no Brasil foi negociada – de forma “lenta, gradual e segura”, significando a “incorporação de estruturas do regime ‘derrubado’” e inexistência de uma ruptura concreta com o autoritarismo<sup>199</sup>. As políticas neoliberais são continuamente implementadas “mediante o recurso ao estilo tecnocrático de gestão e ao enclausuramento burocrático das decisões, reforçando a centralização regulatória do Estado e acentuando o divórcio entre o Executivo e o sistema de representação”<sup>200</sup>.

A disputa existente entre os setores dominantes e movimentos sociais no Brasil fez com que o país fosse um dos últimos a encampar o projeto econômico neoliberal na América Latina<sup>201</sup>. Desta maneira,

[...] Collor iniciou o desmonte do setor produtivo estatal criado por Vargas, e coube a FHC ampliar esse processo, privatizando as melhores empresas estatais existentes no país, além de continuar a desconstrução da legislação trabalhista. Se ele não pôde desvertebrar a CLT num só golpe, foi desestruturando-a pela margem, passo a passo, deixando para seu sucessor o golpe final<sup>202</sup>.

Sobre a reforma implementada no Governo de Fernando Collor, José Antonio Gomes de Pinho afirma que era equivocada, significando desastre e destruição da máquina pública federal. Foram fechados órgãos de relevância institucional para a atividade governamental e houve uma completa desmoralização do serviço público<sup>203</sup>.

<sup>198</sup> VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil**. Estratégias de bem-estar e políticas públicas. 3. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2011, p. 12.

<sup>199</sup> PINHO, José Antonio Gomes de. Reforma do aparelho do Estado: limites do gerencialismo frente ao patrimonialismo. **Revista Organizações e Sociedade**. Salvador, Escola da Administração e do Núcleo de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal da Bahia, v. 5, n. 12, p. 59-79, maio/ago. 1998, p. 68-69. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-92301998000200003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-92301998000200003). Acesso em: 30 out. 2018.

<sup>200</sup> *Idem. Ibidem*, p. 68-69.

<sup>201</sup> FILGUEIRAS, Luiz. O neoliberalismo no Brasil: estrutura, dinâmica e ajuste do modelo econômico. In: BASUALDO, Eduardo M., ARCEO, Enrique (orgs.). **Neoliberalismo y sectores dominantes**. Tendencias globales e experiencias nacionales. Buenos Aires: CLACSO – Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 2006, p. 180. Disponível em: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/grupos/basua/C05Filgueiras.pdf>. Acesso em: 29 set. 2018.

<sup>202</sup> ANTUNES, Ricardo. Construção e desconstrução da legislação social no Brasil. In: ANTUNES, Ricardo (org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil**. São Paulo: Boitempo, 2015, p. 499.

<sup>203</sup> PINHO, José Antonio Gomes de. Reforma do aparelho do Estado: limites do gerencialismo frente ao patrimonialismo. **Revista Organizações e Sociedade**. Salvador, Escola da Administração e do Núcleo de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal da Bahia, v. 5, n. 12, p. 59-79, maio/ago. 1998, p. 69-70.

O governo de Fernando Henrique Cardoso aprofundou os ajustes estruturais no campo fiscal e comercial, bem como das privatizações e desregulamentações capitaneados pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) e por Bresser Pereira, correspondente ministro<sup>204</sup>.

Argumentava-se pela necessidade de modernizar o burocrático e custoso Estado brasileiro ao capitalismo contemporâneo. Caberia, portanto, a substituição da administração pública burocrática, que já estava sendo profundamente desconstruída, pela administração pública gerencial, responsável por apresentar características empresariais dentro do setor público. Orientada pela necessidade de resultados, a legalidade é flexibilizada e a eficiência sobreposta à democracia.

À época, Bresser Pereira entendia que a administração burocrática seria marcada pelo “nepotismo e corrupção, convivia com uma burocracia ‘beneficiária de privilégios’ e marcada por um ‘excesso de quadros’”<sup>205</sup>. O patrimonialismo, contudo, permaneceu na gestão gerencial, razão pela qual José Pinho compreende que aquele é camaleônico, pois resiliente e “consegue não só sobreviver como, ao que parece, se reforçar, mesmo sofrendo a ordem econômica das mudanças modernizantes aplicáveis”<sup>206</sup>.

Nesse sentido destaca-se a formação de uma trifrontalidade: racional-legal, patrimonialista e gerencial, na qual a ausência de rupturas com a ordem estabelecida caracteriza a história da administração pública e a construção da política no Brasil. José Antonio Pinho afirma que, de forma dialética, “o novo se amolda ao velho” e “o velho se amolda ao novo” nos diversos eventos que demarcam a vida pública do país em 1822, 1889, 1930, 1945, 1964, 1985 e 2016<sup>207</sup>.

Além das implementações dos governos de direita ou centro-direita, o país não passou incólume à acomodação e capitulação de grandes nomes e partidos da esquerda tradicional, possibilitando que o desmonte dos direitos dos trabalhadores fosse mantido nos governos petistas de Lula e Dilma. Sobre o governo Lula, Ricardo Antunes pondera que

seu governo fechou as duas pontas da tragédia social no Brasil: remunerou de forma exemplar as diversas frações do capital (em especial o financeiro, mas também o industrial e aquele vinculado ao agronegócio) e, no extremo oposto da pirâmide social,

---

Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-92301998000200003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-92301998000200003). Acesso em: 30 out. 2018.

<sup>204</sup> *Idem. Ibidem*, p. 70.

<sup>205</sup> *Idem. Ibidem*, p. 71.

<sup>206</sup> *Idem. Ibidem*, p. 72.

<sup>207</sup> Os anos respectivamente se referem à independência do Brasil, Proclamação da República, Revolução de 1930 que culminou no fim da República Velha, Fim do Estado Novo, início da ditadura civil-militar, fim da ditadura e golpe parlamentar que destituiu a presidenta Dilma Rousseff. Acrescenta-se que o último fato foi acrescentado pelo autor do presente trabalho. *Idem. Ibidem*, p. 76.

em que encontramos os setores mais “desorganizados” e “empobrecidos” da população brasileira – que dependem do Estado para sobreviver –, implementou uma política social assistencialista, associada a uma pequena valorização do salário mínimo. É decisivo acrescentar, contudo, que tais medidas não confrontaram nenhum dos pilares estruturantes da desigual sociedade brasileira, na qual a riqueza também continuou se ampliando significativamente<sup>208</sup>.

Mantida a política no governo seguinte, porém inviabilizada pelo recrudescimento da crise econômica no país, após o golpe parlamentar de 2016 sobre a presidenta Dilma Rousseff, o governo ilegítimo (e terceirizado) de Michel Temer inaugurou uma fase mais agressiva ultraneoliberal no país, “uma nova fase da contrarrevolução preventiva” cuja principal finalidade era “privatizar tudo o que ainda restar de empresa estatal; preservar os grandes interesses dominantes e impor a demolição completa dos direitos do trabalho no Brasil”<sup>209</sup>, nas bases do que propunham os documentos “Uma ponte para o futuro”<sup>210</sup> e “Travessia Social”<sup>211</sup>.

O governo de Jair Bolsonaro, sucessor de Temer, foi eleito com uma plataforma econômica nos meandros da anterior – como pode-se observar na recente proposta de reforma da previdência – e construído a partir do discurso fascista contra minorias sociais e direitos humanos. Sobre este último ponto, à época das eleições de 2018, Daniel Sarmiento e João Gabriel Madeira Pontes<sup>212</sup> expuseram que a já combatida democracia brasileira flertava com o abismo constitucional, concretizando a previsão de que o país iniciou o ano de 2019 chefiado por um político que

---

<sup>208</sup> ANTUNES, Ricardo. **O privilégio da servidão**. O novo proletariado de serviços na era digital. São Paulo: Boitempo, 2018, p. 223.

<sup>209</sup> *Idem. Ibidem*, p. 269.

<sup>210</sup> Em outubro de 2015, antes mesmo da abertura do processo de *impeachment* contra Dilma Rousseff, o documento foi apresentado pelo PMDB, como sendo um programa destinado a “preservar a economia brasileira e tornar viável o seu desenvolvimento, devolvendo ao Estado a capacidade de executar políticas sociais que combatam efetivamente a pobreza e criem oportunidades para todos”. Dividido em seis itens, dispunha sobre o desequilíbrio de contas (receitas e despesas) atrelado ao mal funcionamento do Estado brasileiro manifestado na crise fiscal, excessiva carga tributária, rigidez constitucional e permanência/aprofundamento das desigualdades sociais. As contrarreformas apareciam como soluções necessárias ao reajuste das contas públicas e a criação de “condições para o crescimento sustentado da economia brasileira”. PMDB. **Uma Ponte para o Futuro**. Brasília: Fundação Ulysses Guimarães, 2015. Disponível em: <https://www.fundacaoulysses.org.br/wp-content/uploads/2016/11/UMA-PONTE-PARA-O-FUTURO.pdf>. Acesso em: 25 out. 2018.

<sup>211</sup> Para mascarar o caráter profundamente economicista e neoliberal da política social do plano de governo proposto pelo PMDB, elaborou-se outro documento, “A travessia social”, de maio de 2016, que propôs a realização simultânea de três objetivos: equilíbrio fiscal, retomada do crescimento e ampliação das boas políticas sociais. Destaca-se o discurso de urgência na implementação das medidas de equilíbrio fiscal, atrelada às “reformas”: na saúde e educação, por exemplo, consolidando o “golpe final” com a contrarreforma trabalhista via aprovação da Lei nº. 13.467/17 e avançando para o desmantelamento do Sistema Único de Saúde (SUS). PMDB. **A travessia social**. Uma ponte para o futuro. Brasília: Fundação Ulysses Guimarães, 2016, p. 6. Disponível em: [https://complemento.veja.abril.com.br/pdf/travessia%20social%20-%20pmdb\\_livreto\\_pnte\\_para\\_o\\_futuro.pdf](https://complemento.veja.abril.com.br/pdf/travessia%20social%20-%20pmdb_livreto_pnte_para_o_futuro.pdf). Acesso em: 19 jan. 2018.

<sup>212</sup> SARMENTO, Daniel; PONTES, João Gabriel Madeira. Democracia militante e a candidatura de Bolsonaro. **Jota**, 24 ago. 2018. Disponível em: <https://www.jota.info/opiniao-e-analise/artigos/democracia-militante-e-a-candidatura-de-bolsonaro-24082018>. Acesso em: 08 ago. 2018.

não vê problema em afirmar que algumas mulheres não merecem ser estupradas por serem supostamente feias<sup>213</sup>; que preferiria ver seu filho morto a sabê-lo homossexual<sup>214</sup>; que entende que os quilombolas não servem sequer para procriar<sup>215</sup>; que já disse que “Pinochet fez o que devia ser feito”<sup>216</sup> e que Carlos Alberto Brilhante Ustra, conhecido torturador da ditadura militar [e algoz da ex-Presidenta Dilma Rousseff], é um herói do país<sup>217</sup>.

O discurso de Bolsonaro se combina ao da crise econômica, sendo ambos ideologicamente utilizados como “oportunidade de ouro para bloquear agendas democráticas crescentes – das mulheres, dos movimentos sociais, das minorias e da juventude”<sup>218</sup>.

Neste ponto, destaca-se também a argumentação seguida sem bases na realidade de inviabilidade de uma democracia minimamente participativa ao mesmo tempo em que há crise de representatividade, esta última verdadeiramente constatável, numa sociedade mais complexificada e repleta de promessas não cumpridas nos textos constitucionais. Ora, já está demonstrado que o mercado participa todos os dias, às vezes bem mais que os próprios governantes, das tomadas de decisões nos Estados e que Poder Executivo se tornou importante centro de decisões políticas e econômicas, principalmente os ministérios da Economia e da Fazenda<sup>219</sup>.

Há, no entanto, um crescente afastamento dos cidadãos dos espaços de decisão. O sistema de governança se concebe distanciado da participação popular<sup>220</sup>, justificativas das mais diversas são apresentadas, uma muito evidente é a tecnocracia. A partir do discurso da “única via possível” que justifica a racionalidade neoliberal, agentes políticos se utilizam de uma suposta neutralidade técnica para esvaziar o conteúdo político de determinada decisão, sob justificativa de que foi tomada por um conjunto de especialistas no assunto, desconsiderando

<sup>213</sup> RAMALHO, Renan. Bolsonaro vira réu por falar que Maria do Rosário não merece ser estuprada. **G1**, 21 jun. 2016. Disponível em: <http://g1.globo.com/politica/noticia/2016/06/bolsonaro-vira-reu-por-falar-que-maria-do-rosario-nao-merece-ser-estuprada.html>. Acesso em: 08 set. 2018.

<sup>214</sup> TERRA. Bolsonaro: “Prefiro filho morto em acidente a um homossexual”. **Terra**, 08 jun. 2011. Disponível em: <https://www.terra.com.br/noticias/brasil/bolsonaro-prefiro-filho-morto-em-acidente-a-um-homossexual,cf89cc00a90ea310VgnCLD200000bbcceb0aRCRD.html>. Acesso em: 08 set. 2018.

<sup>215</sup> POZZEBOM, Fábio Rodrigues. Bolsonaro: “Quilombola não serve nem para procriar”. **UOL – Congresso em Foco**, 05 abr. 2017. Disponível em: <https://congressoemfoco.uol.com.br/especial/noticias/bolsonaro-quilombola-nao-serve-nem-para-procriar/>. Acesso em: 08 set. 2018.

<sup>216</sup> CARVALHO, Bruno. Não foi você. Uma interpretação do bolsonarismo. **Piauí**, jul. 2018. Disponível em: <https://piaui.folha.uol.com.br/materia/nao-foi-voce/>. Acesso em: 08 set. 2018.

<sup>217</sup> G1. Bolsonaro diz no Conselho de Ética que coronel Ustra é ‘herói brasileiro’. **G1**, 08 nov. 2016. Disponível em: <http://g1.globo.com/politica/noticia/2016/11/bolsonaro-diz-no-conselho-de-etica-que-coronel-ustra-e-heroi-brasileiro.html>. Acesso em: 08 set. 2018.

<sup>218</sup> CARVALHO, Laura. **Valsa brasileira**. Do boom ao caos econômico. São Paulo: Todavia, 2018, p. 125.

<sup>219</sup> BORON, Atilio. Los nuevos leviatanes y la polis democrática. In: BORON, Atilio. **Tras el búho de Minerva**. Mercado contra democracia en el capitalismo de fin de siglo. Buenos Aires: CLACSO, 2000, p. 80. Disponível em: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20100614113052/5cap4.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2019.

<sup>220</sup> COSTA, Marta Nunes da. **Modelos democráticos**. Belo Horizonte: Arraes, 2013, p. 45.

muitas vezes bases jurídico-constitucionais, como se verá no estudo de caso no quinto capítulo da dissertação.

De forma a fechar o pensamento que se pretendeu construir ao longo deste capítulo, constata-se uma bifurcação insustentável: quando em bom funcionamento, a racionalidade neoliberal tem como resultados o desemprego, crescimento da desigualdade, concentração de renda e empobrecimento. Do outro lado, a diminuição dessas taxas representa justamente o contrário do que preconiza, sendo inconcebível para os moldes capitalistas atuais<sup>221</sup>. Boron conclui que

não existem muitas experiências históricas que demonstrem que um regime democrático pode se sustentar indefinidamente em condições de afundamento de setores populares, de crescente pauperização dos setores médios e de níveis de desocupação e exclusão social [...]. É por isso que em tempos tristes de hegemonia neoliberal a sensatez é confundida com irracionalidade e o delírio aparece vestido com roupagens da razão<sup>222</sup>.

A democracia, principalmente em sua acepção participativa, é um ponto fora da curva dentro do sistema neoliberal. Vitullo e Scavo defendem que definições clássicas e liberais sobre democracia devem ser questionadas, para que sejam construídas concepções contra-hegemônicas e populares<sup>223</sup>, que representem o contradiscurso ao que está posto. Boron destaca a necessidade de reorientação de políticas sociais que ultrapassem a mera reação à reestruturação neoliberal, ou seja, é necessário propor e agir, inclusive um modelo de substituição ao neoliberalismo, enfatizando os mecanismos de cidadania e valorização dos espaços públicos<sup>224</sup>.

---

<sup>221</sup> BORON, Atilio. Los nuevos leviatanes y la polis democrática. In: BORON, Atilio. **Tras el búho de Minerva**. Mercado contra democracia en el capitalismo de fin de siglo. Buenos Aires: CLACSO, 2000, p. 85. Disponível em: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20100614113052/5cap4.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2019.

<sup>222</sup> *Idem*. *Ibidem*, p. 86.

<sup>223</sup> VITULLO, Gabriel; SCAVO, Davide. O liberalismo e a definição bobiana de democracia: elementos para uma análise crítica. **Revista Brasileira de Ciência Política**. Brasília, n. 13, p. 89-105, jan./abril. 2014, p. 89. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcpol/n13/a04n13.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2019.

<sup>224</sup> BORON, Atilio. *Op. Cit.*, p. 83.

### 3 DA CONSTITUCIONALIZAÇÃO À FLEXIBILIZAÇÃO: SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E O DIREITO À SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

*[...] o pacto social que deu origem à Constituição de 1988 não pode ser desfeito. Ao contrário. As demandas nas ruas desde 2013 e nas ocupações das escolas desde 2015 têm sido por melhorias nos serviços públicos universais, e não pela redução na sua prestação<sup>225</sup>.*

Apresentado o panorama geral do contexto neoliberal e suas repercussões na administração pública e nos direitos constitucionalizados, este capítulo investiga a existência de tensões entre o setor público e privado na história da saúde brasileira, que não passaram despercebidas na consolidação da saúde pública de 1988 até os dias atuais, perquirindo a possibilidade de garantia dos direitos constitucionalizados diante da nova racionalidade global que tem como parâmetro o governo empresarial.

Em dezembro de 2018, a Agência Nacional de Saúde (ANS) estimou que 47.340.067 cidadãos brasileiros são “beneficiários em planos privados de assistência médica com ou sem odontologia”, implicando a avaliação de que mais de 3/4 dos brasileiros dependem exclusivamente do Sistema Único de Saúde<sup>226</sup>.

Dados do Ministério da Saúde afirmam que, no ano de 2014, foram realizados aproximadamente 4,1 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 1,4 bilhão de consultas médicas, 11,5 milhões de internações, 19 milhões de procedimentos oncológicos, 3,1 milhões de procedimentos de quimioterapia, sendo este Sistema responsável por 98% do mercado de vacinas e pela realização de 95% dos transplantes de órgãos<sup>227</sup>.

A Constituinte de 1988 contou com uma participação e mobilização popular jamais vistas na história do país, sendo o Sistema Único de Saúde (SUS) uma das grandes conquistas desse processo. Nesse passo, o primeiro item do capítulo se debruça justamente sobre os marcos normativos da saúde pública brasileira, evidenciando a democracia sanitária como grande conquista social.

As diferenças entre o SUS constitucional e o SUS real geram sempre discussões acaloradas e denúncias acerca de atendimentos deficitários, falta de medicamentos, demora no atendimento. O SUS, ainda assim, é apontado como a grande política pública do Estado

<sup>225</sup> CARVALHO, Laura. **Valsa brasileira**. Do boom ao caos econômico. São Paulo: Todavia, 2018, p. 158-159.

<sup>226</sup> Desde dezembro de 2015, a porcentagem de segurados pelo sistema privado de saúde vem sendo reduzida. ANS. Dados Gerais. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**. 2018. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 18 mar. 2019.

<sup>227</sup> BRASIL. População teve acesso a 1,4 bi de consultas médicas pelo SUS em um ano. **Governo do Brasil**, 05 jun. 2015. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/editoria/saude/2015/06/populacao-teve-acesso-a-1-4-bi-de-consultas-medicadas-pelo-sus-em-um-ano>. Acesso em: 26 jun. 2018.

Democrático de Direito Brasileiro. A partir desse contexto, o segundo item do capítulo se dedica ao estudo da interferência do Banco Mundial e do FMI na desconstitucionalização das políticas sociais de saúde brasileiras, estimulando contrarreformas, precarizações e privatizações diretas ou indiretas no SUS, que aprofundam o abismo existente entre o que propõe a Carta Magna e o que ocorre na prática.

Será estudada sob o ponto de vista da saúde pública, a interrelação entre os elementos da trípole descrita por Ricardo Antunes e referentes à (pós)democracia na visão de Pierre Dardot, Christian Laval e Atílio Boron, apresentados no capítulo anterior, dentre os quais se destacam neste momento a dicotomia entre democracia e neoliberalismo (a partir da diferença entre o dever ser e o ser no que tange à participação cidadã, bem como a influência do Banco Mundial na soberania do Estado brasileiro) e a reestruturação produtiva (através das contrarreformas que aprofundam a precarização de direitos).

### 3.1 PROCESSO HISTÓRICO DE CONSTITUCIONALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

Ao longo do século XX, a era Vargas, a Ditadura e a redemocratização representaram propostas distintas quanto aos modelos de desenvolvimento ao país. É imperioso analisar como as políticas de saúde, inseridas no contexto da Seguridade Social, foram construídas nesses três momentos.

Durante a década de 1930, fatores como a industrialização, a crescente urbanização e a reformulação do papel administrativo estatal impuseram a necessidade de apresentação de políticas sociais mais refinadas pelo estado brasileiro. Maria Lucia Teixeira Werneck Viana explica que a noção de Seguridade Social<sup>228</sup> nacional foi criada durante o primeiro governo de Getúlio Vargas (1930-1945). A organização foi realizada a partir da “cidadania regulada”, com o controle dos sindicatos pelo Estado e conseqüente filiação compulsória dos trabalhadores formais urbanos aos Institutos de Aposentadorias e Pensões correspondentes<sup>229</sup>.

Especificamente sobre a institucionalização da previdência social, a autora resume que se formou uma associação “direta e assimétrica entre o Estado”, representado pelo Ministério do Trabalho, e os setores de profissionais, por meio dos sindicatos e suas lideranças. Cada

---

<sup>228</sup> Apesar da utilização desse termo, somente na Constituição de 1988 é que se pensa a Seguridade Social como um conjunto integrado entre Saúde, Assistência e Previdência Social.

<sup>229</sup> VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil.** Estratégias de bem-estar e políticas públicas. 3. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2011, p. 139-140.

categoria, que fosse reconhecida por lei e organizada sindicalmente, tinha seu Instituto de Aposentadoria e Pensões com regras, financiamento e administração próprios, havendo também um relativo poder de negociação e acesso às decisões pelos trabalhadores, ainda que a estrutura fosse hierarquizada e desigual<sup>230</sup>.

Não obstante fosse reconhecido o status de cidadão a uma parte dos trabalhadores, as discrepâncias sociais estavam mantidas, visto que os benefícios sindicais eram organizados a partir das categorias profissionais, excluindo-se os trabalhadores rurais, autônomos e informais, que compunham a maioria populacional brasileira<sup>231</sup>. Diante do novo cenário nacional urbano e da nova dinâmica de acumulação industrial resultante, os trabalhadores da cidade aparecem como importantes sujeitos<sup>232</sup>.

Quanto às políticas de saúde da época, Maria Inês Souza Bravo evidencia a prevalência da nacionalização, tanto no setor da saúde pública como no da medicina previdenciária, sendo o primeiro – centralizado “na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo” – dominante em relação ao segundo até o ano de 1966<sup>233</sup>.

De 1930 a 1940, entre as medidas mais importantes tomadas para a saúde pública, cabem destaque: (a) “ênfase nas campanhas sanitárias”; (b) “coordenação dos serviços estaduais de saúde das unidades da federação de fraco poder político e econômico, em 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde”; (c) “interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937, em decorrência dos fluxos migratórios de mão-de-obra para as cidades”; (d) “criação de serviços de combate às endemias<sup>234</sup>”; (e) “reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate à endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública”<sup>235</sup>.

A medicina previdenciária se orientou pela contenção, buscando mais acumular reservas financeiras do que propriamente prestar serviços, o que pode ser confirmado com o estabelecimento de “limites orçamentários máximos para as despesas com assistência médico-hospitalar e farmacêutica”. Apesar de serem os Institutos que prestavam assistência médica, já

<sup>230</sup> VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil**. Estratégias de bem-estar e políticas públicas. 3. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2011, p. 141.

<sup>231</sup> *Idem. Ibidem*, p. 141.

<sup>232</sup> BRAVO, Maria Inês Souza. Políticas de Saúde no Brasil. **Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde**, p. 4. Disponível em: [http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto1-5.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf). Acesso em: 13 nov. 2018.

<sup>233</sup> *Idem. Ibidem*, p. 4.

<sup>234</sup> “Serviço Nacional de Febre Amarela, 1937; Serviço de Malária do Nordeste, 1939; Serviço de Malária da Baixada Fluminense, 1940, financiados, os dois primeiros, pela Fundação Rockefeller – de origem norte-americana”. *Idem. Ibidem*, p. 4.

<sup>235</sup> *Idem. Ibidem*, p. 4.

na década de 1950, nota-se o crescimento da prestação de serviços privados com fins lucrativos, a partir da formação de empresas médicas<sup>236</sup>.

Considerando os problemas enfrentados pelo país com relação à saúde pública e a qualidade de vida da população na primeira metade do século XX, as Constituições do período analisado (Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, 1934, e Constituição dos Estados Unidos do Brasil, de 1946) são omissas quanto ao direito ora analisado.

A primeira, de 1930, atribuiu de forma genérica que “Art. 10 - Compete concorrentemente à União e aos Estados: [...] II – cuidar da saúde e assistência públicas”. Da mesma forma, a de 1946 transmite: “Art. 5º - Compete à União: [...] XV – legislar sobre: [...] b) normas gerais de direito financeiro; de seguro e previdência social; de defesa e proteção da saúde; e de regime penitenciário”. O marco de proteção à saúde era restrito à análise da competência, seja na execução ou na legislação da política de saúde.

Passando à análise do período ditatorial (1964-1985), Maria Inês Souza Bravo evidencia que as políticas de saúde e de previdência social executadas foram organizadas de forma a garantir privilégios ao produtor privado, destacando as seguintes medidas:

- (a) **extensão da cobertura previdenciária** de forma a abranger a quase totalidade da população urbana, incluindo, após 73, os trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos;
- (b) **ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, e articulação do Estado com os interesses do capital internacional**, via indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar;
- (c) criação do complexo médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação de grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e equipamentos médicos;
- (d) interferência estatal na previdência, desenvolvendo um padrão de organização da prática médica orientada para a **lucratividade do setor de saúde**, propiciando a capitalização da medicina e privilegiando o produtor privado desses serviços;
- (e) organização da prática médica em moldes compatíveis com a expansão do capitalismo no Brasil, com a **diferenciação do atendimento em relação à clientela** e das finalidades que esta prática cumpre em cada uma das formas de organização da atenção médica<sup>237</sup> [grifos nossos].

É nesse aspecto que Maria Lucia Teixeira Werneck Viana discute a forte tendência à “americanização pelo alto”, isto é, a previdencialização e individualização massificada da saúde feita de maneira autoritária pelo governo autocrático no qual o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) privilegiava a “compra de serviços privados”, “contratações de hospitais e credenciamento de prestadores”, substituindo o investimento no setor público<sup>238</sup> e

<sup>236</sup> BRAVO, Maria Inês Souza. Políticas de Saúde no Brasil. **Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde**, p. 5-6. Disponível em: [http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto1-5.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf). Acesso em: 13 nov. 2018.

<sup>237</sup> *Idem. Ibidem*, p. 7.

<sup>238</sup> VIANA, Maria Lucia Teixeira Werneck. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil**. Estratégias de bem-estar e políticas públicas. 3. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2011, p. 146.

determinando que a cidadania social era restrita à pessoa física, “um contribuinte integrado ao universo do consumo individualizado”, em contraposição ao sujeito coletivo<sup>239</sup>.

O modelo americanizado é resultante da inspiração estadunidense buscado pelo governo ditatorial brasileiro para a aplicação das políticas de saúde assentadas num paradigma médico-assistencial privatista, erguido na tríade composta pelo Estado, o setor privado nacional e o setor privado internacional.

Maria Valéria Costa Correia explica que, neste modelo, o Estado apareceu como “grande financiador do sistema através da Previdência Social”, no qual o setor privado nacional seria o “maior prestador de serviços de atenção médica” e o setor privado internacional, “o mais significativo produtor de insumos, especialmente equipamentos biomédicos e medicamentos”<sup>240</sup>.

A medicina preventiva ou a organização coletiva de diretrizes básicas para pensar o direito à saúde pública é paulatinamente substituída pela ingerência privada e a “generalização da demanda por consultas médicas, da difusão da prática médica curativa de massas”. Bravo categoriza esse fenômeno como “medicalização da vida social”<sup>241</sup>.

Werneck Viana reforça que a expansão dos beneficiários dos sistemas de previdência é feita às custas da perda da capacidade de mobilização daqueles anteriormente associados que negociavam seus direitos nos Institutos de Aposentadorias e Pensões<sup>242</sup>, estabelecendo uma conexão com o complexo processo de reestruturação produtiva e consequente perda de direitos trabalhistas (daqueles que conquistaram) explicada no capítulo anterior.

A pesquisadora identifica nesse período a prevalência de uma racionalidade privatizante articulada a um “assistencialismo repressivo” nas políticas públicas em geral, que viveu seu auge no período compreendido entre 1967 a 1975 em que o INPS contratava serviços privados de hospitais e demais prestadores, aprofundando a modernização autoritária em detrimento do investimento público nas unidades. Em 1967, estimava-se que 80% dos hospitais brasileiros estavam sob controle do INPS, embora fossem – em sua maioria – vinculados à rede privada<sup>243</sup>.

Constata-se um duplo direcionamento estatal no campo da saúde pública: a tentativa de ser universal, mas transferindo funções para a iniciativa privada, o que, num primeiro momento,

<sup>239</sup> VIANA, Maria Lucia Teixeira Werneck. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil.** Estratégias de bem-estar e políticas públicas. 3. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2011, p. 148-149.

<sup>240</sup> CORREIA, Maria Valéria Costa (org.). **Política de saúde no Brasil e o fortalecimento do setor privado: desmonte do SUS público, estatal e universal.** Maceió: Edefal, 2018, p. 21.

<sup>241</sup> BRAVO, Maria Inês Souza. Políticas de Saúde no Brasil. **Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde**, p. 6. Disponível em: [http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto1-5.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf). Acesso em: 13 nov. 2018.

<sup>242</sup> VIANA, Maria Lucia Teixeira Werneck. *Op. Cit.*, p. 145.

<sup>243</sup> *Idem. Ibidem*, p. 146-147.

aparenta ser contraditório<sup>244</sup>. Há flagrante desvirtuamento nas ações públicas e privadas, que trazem consequências para o modo como se pensa a saúde até os dias de hoje<sup>245</sup>.

Um exemplo do que se fala é o reforço à chamada “tecnocracia”, para a resolução de conflitos ou tomada de decisões políticas, a partir do esvaziamento do debate e das relações entre os diversos grupos e classes sociais nos espaços de poder. Decisões legislativas, executivas e/ou judiciárias que impactam a vida de milhares de pessoas – na saúde, educação, agricultura, habitação, por exemplo – são tomadas arbitrariamente, justificadas por uma suposta “superioridade técnica dos especialistas”<sup>246</sup>.

Da mesma forma que as Constituições de 1934 e 1946, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1967 foi breve no tratamento ao direito à saúde quando estabeleceu em um único artigo que “Art. 8º - Compete à União: [...] XIV – estabelecer planos nacionais de educação e de saúde; [...] XVII – legislar sobre: [...] c) Normas gerais de direito financeiro; de seguro e previdência social; de defesa e proteção da saúde; de regime penitenciário”.

O modelo hegemônico ditatorial de política de saúde não impediu que houvesse tensões geradoras de questionamentos acerca de inúmeros fatores, a exemplo da “ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário”<sup>247</sup>. É justamente este último o responsável pela organização das bases da previsão constitucional do direito à saúde na Carta de 1988.

A partir da década de 1970, o movimento pela Reforma Sanitária protagonizou os questionamentos a respeito da privatização e mercantilização da saúde àquela época. Sintetizado como a organização “que teve bases universitárias e envolveu profissionais de saúde, acadêmicos, especialistas e pessoas vinculadas à saúde” buscava (na verdade, busca, pois permanece atual) a transformação da saúde pública no país, “em prol da melhoria das condições de saúde da população ao alcance do direito da cidadania”<sup>248</sup>.

Valéria Correia acrescenta que o movimento germinou na década de 1970, portanto, no período ditatorial, vinculado “ao Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) reunindo

<sup>244</sup> VIANA, Maria Lucia Teixeira Werneck. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil**. Estratégias de bem-estar e políticas públicas. 3. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2011, p. 149.

<sup>245</sup> *Idem. Ibidem*, p. 139.

<sup>246</sup> *Idem. Ibidem*, p. 143.

<sup>247</sup> BRAVO, Maria Inês Souza. Políticas de Saúde no Brasil. **Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde**, p. 8. Disponível em: [http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto1-5.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf). Acesso em: 13 nov. 2018.

<sup>248</sup> PAVÃO, Ana Luíza Braz. SUS: em construção ou desconstrução? **Revista eletrônica de comunicação, informação e inovação em saúde**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, jul/set. 2016. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1192>. Acesso em: 01 out. 2018.

profissionais, intelectuais e lideranças políticas do setor da saúde, vindos, na maioria, do Partido Comunista Brasileiro”<sup>249</sup>.

Ao longo dos anos, aglutinou militantes e propostas referentes ao direito à saúde que questionavam a estrutura individualista, assistencial e privatista referendada no sistema previdenciário, produzida e vigente durante a ditadura civil-militar brasileira, baseado em “atuações individuais médico-hospitalares e na priorização da contratação do setor privado”<sup>250</sup>.

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde<sup>251</sup>.

A VIII Conferência Nacional de Saúde foi o grande marco das mobilizações políticas e institucionais que possibilitaram o equilíbrio na correlação de forças mais adiante na Assembleia Constituinte, trazendo as experiências de gestão e das demandas da saúde pública nos diversos cantos do país, bem como modelos de seguridade social adotados em outros territórios, a exemplo da Inglaterra<sup>252</sup>.

Convocada por decreto presidencial, em 1986, a Conferência reuniu cerca de 4 mil pessoas e tinha como grandes temas: “Saúde como Direito”, “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “Financiamento do Setor Saúde”<sup>253</sup>. Cabe destacar a influência das bases da Reforma Sanitária italiana, entre elas, o primado da consciência sanitária, compreendida como a “consciência política do direito à saúde”, criando a ideia de que a realização da

<sup>249</sup> CORREIA, Maria Valéria Costa. A saúde no contexto da crise contemporânea do capital: o Banco Mundial e as tendências da contra-reforma na política de saúde brasileira. Disponível em: <http://files.adrianonascimento.webnode.com.br/200000178-6e4ac6f44f/Correia,%20Maria%20Val%C3%A9ria.%20O%20Banco%20Mundial%20e%20as%20tend%C3%Aancias%20da%20contra-reforma%20na%20pol%C3%ADtica%20de%20sa%C3%BAde%20brasileira.pdf>.

Acesso em: 04 dez. 2018.

<sup>250</sup> *Idem*. Entre a Reforma Sanitária e o SUS: os interesses do capital na saúde. In: CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros dos (orgs.). **Reforma sanitária e contrarreforma da saúde**. Interesses do capital em curso. Maceió: Edufal, 2015, p. 67-68.

<sup>251</sup> BRAVO, Maria Inês Souza. Políticas de Saúde no Brasil. **Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde**, p. 9. Disponível em: [http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto1-5.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf). Acesso em: 13 nov. 2018.

<sup>252</sup> Os países desenvolvidos pós Segunda Guerra Mundial experimentaram “uma ampla expansão dos serviços de saúde, que se tornaram mais acessíveis com o desenvolvimento do Estado-Providência, ou Estado de Bem-Estar Social”. AITH, Fernando. **Direito à saúde e democracia sanitária**. São Paulo: Quartier Latin, p. 45.

<sup>253</sup> VIANA, Maria Lucia Teixeira Werneck. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil**. Estratégias de bem-estar e políticas públicas. 3. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2011, p. 150-151.

igualdade e da justiça social ultrapassam a mera positivação de direitos, invocando a participação política dos cidadãos<sup>254</sup>.

Bravo reforça a importância na concepção social a partir de debates que reuniam entidades representativas dos cidadãos, entre os quais “moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento”<sup>255</sup>. Fernando Aith entende que a apropriação coletiva desse movimento acerca dos fatores biológicos, físicos, mentais, sociais, culturais, econômicos e políticos que orientam a saúde representou um inestimável resultado à Reforma Sanitária<sup>256</sup>.

Por meio do Decreto nº 94.657/1987, o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS) surge como embrião do SUS, pondo em prática algumas das resoluções da Conferência como a proposta de universalização do acesso, fim das distinções entre segurados e não segurados pela previdência, privilegiando-se a rede pública integrada nos três entes federativos e, em segundo plano, as formas privadas não lucrativas<sup>257</sup>.

Em entrevista ao jornalista Luiz Maklouf Carvalho, o relator da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente da Constituinte, Carlos Eduardo Mosconi<sup>258</sup>, afirmou que antes de 1988 a saúde brasileira possuía um caráter conservador muito forte, inexistindo um sistema de saúde no país pois havia o “INAMPS [Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social], mas voltado para a população previdenciária, para a saúde curativa, e era uma orgia de corrupção”<sup>259</sup>.

Diante de uma grande rentabilidade dessa estrutura hospitalar, o ex-parlamentar afirmou que a previsão da criação de um sistema universal na saúde gerou um impasse, inclusive dando

---

<sup>254</sup> TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury. Retomar o debate sobre a reforma sanitária para avançar o Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Administração de Empresas**. São Paulo, v. 49, n. 4, p. 472-489, out/dez. 2009, p. 479. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rae/v49n4/v49n4a10.pdf>. Acesso em: 08 maio 2019.

<sup>255</sup> BRAVO, Maria Inês Souza. *Op. Cit.*, p. 9.

<sup>256</sup> AITH, Fernando. **Direito à saúde e democracia sanitária**. São Paulo: Quartier Latin, p. 51.

<sup>257</sup> VIANA, Maria Lucia Teixeira Werneck. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil**. Estratégias de bem-estar e políticas públicas. 3. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2011, p. 151.

<sup>258</sup> Médico e professor universitário, naquela época Deputado Federal pelo PMDB/MG.

<sup>259</sup> CARVALHO, Luiz Maklouf. **1988: segredos da constituinte**. Os vinte meses que agitaram e mudaram o Brasil. Rio de Janeiro: Record, 2018, p. 106-107.

forças ao surgimento do “Centrão”<sup>260</sup>, que buscou alterar a correlação de forças da constituinte<sup>261</sup>.

Bravo explica que a Assembleia Constituinte<sup>262</sup> se dividiu basicamente em dois blocos de poder: (a) um representado pelos grupos empresariais, “sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (Multinacionais)”, sendo ressaltada a atuação dos lobbies; e (b) outro encabeçado pelo movimento de Reforma Sanitária, que tinha referência na Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte, órgão que reuniu entidades representativas com importantes estratégias para a concretização de suas demandas, a exemplo da formulação antecipada de propostas constitucionais claras e consistentes e a mobilização social, que culminava num grande poder de influência sobre os parlamentares constituintes<sup>263</sup>.

A Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, foi marcada pela significativa reestruturação democrática nas bases do Estado, após mais de duas décadas de regime ditatorial, que retirou direitos humanos básicos da população brasileira.

Tratada de forma inédita pelo documento, a saúde pública é vista numa perspectiva ampliada, compondo o conjunto integrado da Seguridade Social, a qual se somam ainda a Previdência e a Assistência Social (art. 194), cuja responsabilidade pela proteção é atribuída ao Estado. Ainda que existissem dispositivos específicos para cada um desses três eixos, a compreensão da Seguridade não deveria segmentá-los.

---

<sup>260</sup> Diante da possibilidade de avanços progressistas significativamente relevantes na história do país e a despeito da própria democratização do processo inicial da constituinte, se formou uma bancada conservadora, o “Centrão”, que propôs a mudança de regimento e de projeto de Constituição, mantendo maioria nas questões pertinentes ao governo Sarney, a exemplo dos 5 anos de mandato e do presidencialismo. Se por um lado, Márcio Thomaz Bastos, presidente da OAB naquele momento, considerou o movimento do “Centrão” como um “golpismo de direita”, Bernardo Cabral, relator da Comissão de Sistematização da Constituinte, defendeu a formação diante do “medo de que a Constituinte pudesse caminhar para o lado comunista. [...] Nenhuma dessas correntes tinha força para impor os seus desejos na Constituinte. Nem a esquerda, nem a direita. E aí se caminhou para um acordo, para as composições. Quando não era possível, acontecia o que chamamos de ‘buraco negro’ – um impasse de complicada solução. [...]”. Segue explicando que colocar “na forma da lei” era o único caminho para evitar maiores conflitos entre os constituintes. CARVALHO, Luiz Maklouf. **1988: segredos da constituinte**. Os vinte meses que agitaram e mudaram o Brasil. Rio de Janeiro: Record, 2018, p. 24.

<sup>261</sup> *Idem. Ibidem*, p. 107.

<sup>262</sup> Luiz Maklouf Carvalho relata a Constituinte como uma “festa cívica”, com ampla abertura popular na qual 122 emendas populares foram propostas, atentando-se ao fato de que deveriam atender aos requisitos mínimos de subscrição de “30 mil eleitores, em listas organizadas por pelo menos três entidades”. Segundo o autor, “as comissões temáticas ouviram, em audiências públicas, perto de mil depoentes: de ministros a índios (muitos índios); de governadores a representantes de minorias organizadas (dezenas deles); de sindicalistas e intelectuais da academia. Alguns mandaram comitivas a diversas regiões do Brasil. E todas elas, de muitos rincões socialmente organizados, encheram a Constituinte de povo – cada segmento levando e querendo garantir a inclusão de suas reivindicações”. CARVALHO, Luiz Maklouf. **1988: segredos da constituinte**. Os vinte meses que agitaram e mudaram o Brasil. Rio de Janeiro: Record, 2018, p. 22.

<sup>263</sup> BRAVO, Maria Inês Souza. Políticas de Saúde no Brasil. **Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde**, p. 10. Disponível em: [http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto1-5.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf). Acesso em: 13 nov. 2018.

Werneck Viana pontua que o termo Seguridade Social define um “padrão de proteção social que se queria abrangente e redistributivo, de certa forma coroando um ciclo de críticas e debates que desde fins dos anos 70 se desenvolvera em torno da Previdência”. Critica o caráter salvacionista conferido às políticas sociais no pós-ditadura, apesar da imprescindibilidade destas, pois ao resgatar a ideia de pacto social constituinte,

o conceito de seguridade, a universalidade da cobertura e do atendimento, a uniformidade dos benefícios, a seletividade e a distributividade da proteção, a irredutibilidade dos valores pagos, a equidade na forma de participação, no custeio, a diversificação da base de financiamento, o envolvimento da comunidade nas decisões e o caráter democrático e descentralizado da gestão foram princípios inscritos na Carta que, sem dúvida, responderam aos anseios mudancistas manifestos por vários segmentos da sociedade<sup>264</sup>.

Se o período ditatorial experimentou uma suposta universalização por meio do regime previdenciário desigual e privado, a CF/88 propunha a universalização articulada em bases democráticas, públicas e com previsão orçamentária coerente. Diante da “longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes”, a Constituição de 1988 buscou reparar injustiças sociais históricas<sup>265</sup>.

No diploma, a Seção II do Título VII consagra a concepção coletiva e preventiva prevista como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas públicas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (art. 196).

Os artigos 196 a 200 da Constituição Federal e, posteriormente, as Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90 – consideradas Leis Orgânicas da Saúde – tratam dos parâmetros básicos deste direito no Brasil prevendo a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), financiamento, limites da atuação privada, controle social e outras questões pertinentes.

As Leis Orgânicas da Saúde, em sua completitude, oferecem a definição de saúde pública, dispõem sobre o dever estatal para concretização deste direito, elucidando os “princípios, diretrizes, objetivos, competências e fontes de financiamento, assim como orientam a organização, a direção e a gestão do sistema e a forma como estão distribuídas as tarefas entre as três esferas de poder”<sup>266</sup>.

---

<sup>264</sup> VIANA, Maria Lucia Teixeira Werneck. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil.** Estratégias de bem-estar e políticas públicas. 3. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2011, p. 138.

<sup>265</sup> BRAVO, Maria Inês Souza. Políticas de Saúde no Brasil. **Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde**, p. 10. Disponível em: [http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto1-5.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf). Acesso em: 13 nov. 2018.

<sup>266</sup> AITH, Fernando. **Direito à saúde e democracia sanitária.** São Paulo: Quartier Latin, 2017, p. 62.

As normas de direito internacional que foram ratificadas pelo Estado Brasileiro, em conformidade com os parágrafos 2º e 3º do artigo 5º da Carta Constitucional<sup>267</sup>, compõem também o direito interno. Cabe mencionar a relevância da Constituição da Organização Mundial da Saúde (1946), da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), do Pacto Internacional sobre os Direitos Sociais, Culturais e Econômicos (1966) e da Convenção Americana de Direitos Humanos (1969).

### 3.1.1 O SUS como um legado da CF: princípios, diretrizes e as Leis Orgânicas de Saúde

O Sistema Único de Saúde é conceituado pelo artigo 4º da Lei nº 8.080/1990 como o “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público”. A mencionada lei correlaciona o direito à saúde aos demais direitos sociais, quando, em seu artigo 3º, afirma que

[...] os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais.

A Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>268</sup> define a complexa noção de saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença”<sup>269</sup>. Dessa maneira, os fatores relacionados à efetivação deste direito estão vinculados a questões

<sup>267</sup> “§ 2º Os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte.

§ 3º Os tratados e convenções internacionais sobre direitos humanos que forem aprovados, em cada Casa do Congresso Nacional, em dois turnos, por três quintos dos votos dos respectivos membros, serão equivalentes às emendas constitucionais”.

<sup>268</sup> A Organização Mundial da Saúde foi criada em 1946, antes da inclusão do direito à saúde na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), o que já demonstra um movimento internacional que visava a inclusão daquele no rol de direitos fundamentais à humanidade, estabelecendo no artigo 25 que “todo cidadão tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar, a si e à sua família, saúde e bem estar”. Dalmo de Abreu Dallari afirma que “a noção da saúde como direito a ser garantido e promovido foi reforçada a partir das denúncias e da comprovação do uso de pessoas humanas por cientistas alemães, ligados ao nazismo, para o desenvolvimento de suas pesquisas e experiências. Prisioneiros de guerra foram usados como cobaias, numa violenta degradação da dignidade e da integridade física da pessoa humana”. DALLARI, Dalmo de Abreu. Prefácio. *In*: AITH, Fernando. **Direito à saúde e democracia sanitária**. São Paulo: Quartier Latin, 2017, p. 9-10.

<sup>269</sup> OMS. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO), 1946. **Biblioteca Virtual de Direitos Humanos da USP**. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Disponível em: 14 nov. 2018.

individuais, mas, principalmente, ao “ambiente social e econômico”, razão pela qual se deve considerar o aspecto coletivo da saúde pública<sup>270</sup>.

Conforme já constatado, a consolidação do SUS no Brasil deve ser observada como um processo político em constante disputa, “que expressa concepções sobre saúde e doença, direitos sociais, gestão, as relações entre as esferas do governo do país, entre outros”<sup>271</sup>, contrapondo-se ao ordenamento jurídico anterior, que condicionava a garantia do acesso à saúde à inserção no mercado de trabalho<sup>272</sup>.

Ingo Sarlet defende a condição de direito e dever fundamental da positivação do direito à saúde (art. 196, CF), resultando em “importantes consequências no que diz com a eficácia e efetividade”<sup>273</sup>. Haveria, para o doutrinador, uma “dupla fundamentalidade”, formal e material desse direito-dever<sup>274</sup>.

Formal porque a saúde se encontra numa ordem de superior hierarquia, protegida por cláusula pétrea constitucional e “diretamente aplicável”, vinculando “as entidades estatais e os particulares”, ainda que necessárias políticas públicas. Na acepção material, denota-se a importância central do bem jurídico vida, zelada constitucionalmente<sup>275</sup>.

Enquanto direito de segunda dimensão, o dever fundamental de saúde, concretizado no respeito, pelo Estado, e na “proteção e promoção para os particulares em geral”, implica em atuações positivas e negativas deste ente<sup>276</sup>.

A atuação positiva diz respeito a prestações materiais que dão a “possibilidade de o titular deste direito (em princípio qualquer pessoa), com base nas normas constitucionais [...], exigir do poder público (e eventualmente de um particular) alguma prestação material”<sup>277</sup>. Nesta senda, existem discussões a respeito de políticas públicas e questões sobre a

---

<sup>270</sup> DALLARI, Sueli Gandolfi. A construção do direito à saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**. São Paulo, v. 9, n. 3, p. 9-34, nov. 2008/fev. 2009, p. 12. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13128>. Acesso em: 02 out. 2018.

<sup>271</sup> MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura (orgs.). **Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p. 61. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/125.pdf>. Acesso em: 30 set. 2018.

<sup>272</sup> MOREIRA, Davi Antônio Gouvêa Costa. **Direito à saúde e acesso a medicamentos**. Em busca de parâmetros adequados para a tutela judicial. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2015, p. 77.

<sup>273</sup> SARLET, Ingo Wolfgang. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988. **Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado (RERE)**. Salvador, Instituto Brasileiro de Direito Público, n. 11, set/nov. 2007, p. 1-4. Disponível em: [http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/rere-11-setembro-2007-ingo\\_sarlet\\_1.pdf](http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/rere-11-setembro-2007-ingo_sarlet_1.pdf). Acesso em: 14 nov. 2018.

<sup>274</sup> *Idem. Ibidem*, p. 2.

<sup>275</sup> *Idem. Ibidem*, p. 3.

<sup>276</sup> *Idem. Ibidem*, p. 7-8.

<sup>277</sup> *Idem. Ibidem*, p. 4.

judicialização, acesso a medicamentos e exames laboratoriais, reconhecimento do mínimo existencial ou da reserva do possível, bem como a escassez de recursos financeiros.

No âmbito da dimensão negativa do direito à saúde, isto é, da “saúde como direito de defesa”, observa-se a proteção constitucional deste direito “contra qualquer agressão de terceiros”. Tanto o Estado como os particulares não devem atentar contra a saúde dos cidadãos, nada fazendo “no sentido de prejudicar a saúde”, razão pela qual uma ação estatal ou particular que ofendesse o direito à saúde seria “pelo menos em princípio, inconstitucional, e poderá ser objeto de uma demanda judicial individual ou coletiva, em sede de controle concreto ou abstrato de constitucionalidade”<sup>278</sup>.

Ao tratar das relações estatais, Fernando Aith destaca a relevância da atuação conjunta dos três poderes – Legislativo, Executivo e Judiciário<sup>279</sup> – “na construção do direito à saúde brasileiro, tanto na regulamentação legislativa e na implementação de políticas públicas quanto nas decisões judiciais, determinando o cumprimento do direito à saúde”<sup>280</sup>. O Direito deveria assumir o papel de mediação entre o que espera a sociedade, por meio do pacto social assegurado na Constituição, e as formas de viabilização dessas expectativas.

De maneira a garantir a progressividade dos direitos sociais, Sarlet defende o princípio implícito da proibição do retrocesso social, compatível aos ideais do Estado Democrático de Direito e que impossibilitam a desconstituição, pelo legislador, do grau de concretização das normas, principalmente as constitucionais que dependem de outras normas para “alcançarem sua plena eficácia e efetividade”<sup>281</sup>.

Na atual crise econômica, a discussão de proibição do retrocesso social vem ganhando maior amplitude entre os juristas dos países desenvolvidos mais prejudicados, a exemplo de Portugal, Itália, Grécia e Espanha, com a finalidade de “impedir uma nova onda de ataques

---

<sup>278</sup> SARLET, Ingo Wolfgang. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988. **Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado (RERE)**. Salvador, Instituto Brasileiro de Direito Público, n. 11, set/nov. 2007, p. 10. Disponível em: [http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/rere-11-setembro-2007-ingo\\_sarlet\\_1.pdf](http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/rere-11-setembro-2007-ingo_sarlet_1.pdf). Acesso em: 14 nov. 2018.

<sup>279</sup> “A plena realização do direito à saúde depende diretamente da atuação do Estado, já que a promoção, a proteção e a recuperação da saúde pressupõem ações de competência dos órgãos estatais, sejam elas de cunho legislativo (elaboração de leis voltadas à proteção do direito à saúde), executivo (execução de políticas públicas, como vigilância sanitária, atendimento clínico ou hospitalar, regulamentação e aplicação de lei, fornecimento de medicamentos) ou judicial (exercício da jurisdição quando um cidadão se sentir lesado no seu direito à saúde)”. AITH, Fernando. **Direito à saúde e democracia sanitária**. São Paulo: Quartier Latin, 2017, p. 72.

<sup>280</sup> AITH, Fernando. **Direito à saúde e democracia sanitária**. São Paulo: Quartier Latin, 2017, p. 60-61.

<sup>281</sup> SARLET, Ingo Wolfgang. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988. **Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado (RERE)**. Salvador, Instituto Brasileiro de Direito Público, n. 11, set/nov. 2007, p. 10. Disponível em: [http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/rere-11-setembro-2007-ingo\\_sarlet\\_1.pdf](http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/rere-11-setembro-2007-ingo_sarlet_1.pdf). Acesso em: 14 nov. 2018.

contra os seus cidadãos e seus direitos”. No Brasil, a discussão começou a ser difundida com os primeiros ataques contra direitos sociais na década de 1990, guiados pela desnacionalização e desconstitucionalização destes<sup>282</sup>.

O estudo da legislação do SUS qualifica sua organização a partir de princípios (também conhecidos por princípios ideológicos ou doutrinários) e diretrizes (princípios organizativos). Os primeiros consistem no “núcleo comum de valores e concepções” sob os quais se ergue o Sistema, enquanto as diretrizes seriam “os meios, normas para atingir os objetivos do SUS” em articulação com os princípios ideológicos<sup>283</sup>.

O aporte principiológico e doutrinário do SUS é fundamental para a contextualização política do sistema, contribuindo para a percepção dos valores eleitos pela sociedade brasileira e ao estabelecimento de parâmetros a serem observados pelas políticas públicas. Na Constituição, o artigo 198 dispõe acerca de alguns destes.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede **regionalizada e hierarquizada** e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – **descentralização**, com direção única em cada esfera de governo;

II – **atendimento integral**, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – **participação da comunidade** [grifos nossos].

Os princípios ideológicos ou doutrinários são a universalidade, a equidade e a integralidade.

Sintetizada constitucionalmente no art. 196, a universalidade implica no acesso gratuito, no caso brasileiro, aos fatores que permitem boas condições de saúde aos cidadãos numa concepção preventiva e às ações e serviços de saúde<sup>284</sup>.

Sublinhe-se: direito garantido a todos os cidadãos, não um serviço a ser pago. Na concepção de Gustavo Corrêa Matta, a universalidade aparece como um desafio ao estado brasileiro, tanto em sua acepção preventiva, isto é, “das condições de vida que possibilitem boas condições de saúde”, quanto no “acesso às ações e serviços de saúde”<sup>285</sup>.

<sup>282</sup> CUNHA, Jarbas Ricardo Almeida. O princípio da proibição do retrocesso social como norte para o desenvolvimento do direito à saúde no Brasil. **Anais do I Circuito de Debates Acadêmicos**. Brasília: IPEA, 2011. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/code2011/chamada2011/pdf/area8/area8-artigo3.pdf>. Acesso em 15 nov. 2018.

<sup>283</sup> MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura (orgs.). **Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p. 65. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/125.pdf>. Acesso em: 30 set. 2018.

<sup>284</sup> MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura (orgs.). **Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p. 68-69. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/125.pdf>. Acesso em: 30 set. 2018.

<sup>285</sup> *Idem. Ibidem*, p. 68-69.

A equidade trata da observância dos parâmetros de justiça distributiva e consolidação de uma igualdade material no direito em discussão, dando subsídio àqueles que mais necessitam, apesar do acesso universal e gratuito<sup>286</sup>.

A Lei nº 8.080/1990 conceitua a integralidade no art. 7º, inciso II, como um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema”. Pode ser compreendida de múltiplas formas. O SUS é integral em sua essência a partir da concepção de saúde que abarca a prevenção e a assistência médica, sendo priorizadas as ações preventivas articuladas a outros direitos sociais, ao envolver políticas públicas de saneamento, trabalho e educação, por exemplo. A relevância dada à saúde deve levar em consideração sua completude, isto é a integralidade, seja na esfera da prevenção ou da assistência<sup>287</sup>.

Além disso, implica a humanização do atendimento ao cidadão, tanto no aspecto da formulação e execução de políticas públicas, quanto da atuação do profissional de saúde, atenta ao contexto individual e comunitário do agente social, considerando possíveis necessidades específicas de grupos e a existência de vulnerabilidades<sup>288</sup>.

A descentralização, a regionalização e a hierarquização são listadas como diretrizes do SUS. Há doutrinadores que classificam a participação da comunidade/controle social dentro desta tipologia, o que ainda não é um consenso, apesar do papel de destaque conferido a este.

Atendendo ao disposto no art. 198 da Constituição, a descentralização advém da distribuição do poder da União na aplicação das políticas públicas de saúde, que é expandido aos Estados, Distrito Federal e Municípios com a criação de competências comuns, sejam legislativas ou de execuções de políticas públicas, destacando a formação de uma rede integrada com a obrigação de proteção, defesa e cuidado da saúde<sup>289</sup>.

A leitura dos artigos 23, II e IX; 24, XII; e 30, VII da CF, ao definir as competências dos entes federativos na defesa da saúde, demonstra o que se afirma:

Art. 23. É **competência comum** da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: [...]

II – **cuidar da saúde e assistência pública**, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência; [...]

<sup>286</sup> MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura (orgs.). **Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p. 69. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/125.pdf>. Acesso em: 30 set. 2018.

<sup>287</sup> *Idem. Ibidem*, p. 71-72.

<sup>288</sup> *Idem. Ibidem*, p. 71-72.

<sup>289</sup> DALLARI, Sueli Gandolfi. A construção do direito à saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**. São Paulo, v. 9, n. 3, p. 9-34, nov. 2008/fev. 2009, p. 15. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13128>. Acesso em: 02 out. 2018.

IX – promover programas de construção de moradias e a melhoria das condições habitacionais e de **saneamento básico**; [...] [grifos nossos].

Constata-se a articulada responsabilização dos entes federativos quanto à execução de ações e serviços de saúde, numa estrutura de federalismo cooperativo. Quanto ao poder de legislar, os artigos seguintes destacam a competência concorrente da União, Estados e Distrito Federal, bem como a competência suplementar na execução de políticas públicas dos Municípios, visto que

Art. 24. Compete à **União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre:**[...] XII – previdência social, **proteção e defesa da saúde**; [...].

Art. 30. Compete aos **Municípios:** [...] VII – prestar, com a **cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população**; [...] [grifos nossos].

Resultante do pacto federativo, há uma divisão de atribuições entre os entes da República. As normas estaduais, do Distrito Federal e municipais apenas serão válidas se estiverem de acordo com as normas federais.

Além da Carta Magna, a Lei nº 8.080/1990 e a Portaria do Ministério da Saúde nº 1.554/2013 tratam de questão semelhante. A Lei Orgânica da Saúde dispõe sobre as atribuições comuns aos entes (art. 15) e as específicas a cada direção do SUS: nacional, estadual e municipal (respectivamente nos arts. 16 a 18)<sup>290</sup>. Já a Portaria contém anexos que tratam do acesso a medicamentos pelo SUS, elencando “as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”<sup>291</sup>.

<sup>290</sup> O *site* do Governo Federal brasileiro, divulga uma breve síntese dessa repartição de competências. À União caberia a coordenação da alta complexidade e dos laboratórios públicos, sendo prevista ao Ministério da Saúde metade das verbas resguardadas pelo Orçamento Geral. Os Estados têm por competência a criação de políticas próprias de saúde, bem como o auxílio na execução das políticas nacionais, garantindo o mínimo de aplicação de 12% de sua receita, além dos repasses da União. Devem ainda prover a coordenação da rede de laboratórios e hemocentros e a definição dos hospitais de referência e gerenciamento dos “locais de atendimentos complexos da região”. Os Municípios, por sua vez, devem focar suas atividades na atenção básica, com apoio da União e do Estado Federativo ao qual faz parte. Também organizam as atividades nos laboratórios, hemocentros e serviços de saúde da cidade. Criam e colaboram na “aplicação das políticas nacionais e estaduais [de saúde], aplicando recursos próprios (mínimo de 15% de sua receita) e os repassados pela União e pelo Estado”. O Distrito Federal reúne algumas das características apresentadas para os Municípios e para os Estados, devendo aplicar a taxa mínima prevista para os Estados (12% da receita), acrescido dos repasses da União. UNIÃO, ESTADOS e municípios têm papéis diferentes na gestão do SUS. **Governo do Brasil**, 03 out. 2014. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/governo/2014/10/o-papel-de-cada-ente-da-federacao-na-gestao-da-saude-publica>. Acesso em 15 nov. 2018.

<sup>291</sup> Dividido em seis anexos, o documento lista os “Medicamentos com aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde para tratamento das doenças contempladas no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica”; “Medicamentos financiados com transferência de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde para tratamento das doenças contempladas no Componente Especializado de Assistência Farmacêutica”; “Medicamentos financiados pelas Secretarias de Estado da Saúde para tratamento das doenças contempladas no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica”; “Medicamentos cuja dispensação é de responsabilidade dos

Destaca-se a importância da prestação dos serviços no município, como unidade mais próxima da realidade local do cidadão, reforçado por uma suposta “cooperação técnica e financeira dos demais entes federados”<sup>292</sup>, que não isenta qualquer esfera federativa no cumprimento do direito-dever à saúde.

Apesar da descentralização, os entes devem manter uma direção única em cada nível. Neste sentido, a União possui o Ministério da Saúde; os Estados e Municípios, as Secretarias Estaduais e Municipais, respectivamente.

A regionalização compreende à necessidade de gestão especializada/direcionada do sistema, em contato direto com a realidade local do cidadão/usuário em seu “território, onde se determinam perfis populacionais, indicadores epidemiológicos, condições de vida e de suporte social, que devem nortear as ações e serviços de uma região”<sup>293</sup>.

A hierarquização estabelece níveis de complexidade da saúde, que envolvem desde a prevenção até a alta complexidade, de acordo com a necessidade de integralização do sistema<sup>294</sup>.

Além destes princípios e diretrizes previstos na Constituição, a Lei nº 8.080/1990 reforça e lista novos em seu artigo 7º: universalidade; integralidade de assistência; preservação da autonomia das pessoas; igualdade da assistência à saúde; direito à informação; “divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde”; “utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática”; participação da comunidade; descentralização; regionalização; hierarquização; integração das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; “conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população”; “capacidade de resolução em todos os níveis de assistência”; “organização de serviços públicos de modo a evitar a duplicidade de meios para fins idênticos”; e “organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras”.

---

municípios e Distrito Federal para tratamento das doenças contempladas no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica”; “Tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do SUS”.

<sup>292</sup> SCAFF, Fernando Facury. Direito à saúde e os tribunais. Parte II. In: NUNES, António José Avelãs; SCAFF, Fernando Facury. **Os tribunais e o direito à saúde**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2011, p. 80.

<sup>293</sup> MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura (orgs.). **Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p. 75. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/125.pdf>. Acesso em: 30 set. 2018.

<sup>294</sup> *Idem*. *Ibidem*, p. 76.

Tabela 1 – Fórmula original do direito à saúde

Direito de todos	Acesso universal	Igualitário
Dever do Estado	Ações descentralizadas	Atendimento integral
Políticas sociais e econômicas	Redução do risco doença	Ênfase na prevenção
Escolhas pressupõem a participação da comunidade		

Fonte: Patrícia Ulson Pizarro Werner.

Em resumo, apresenta-se um quadro sintético da “Fórmula Original do Direito à Saúde”, que esquematiza pontos essenciais acerca dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde<sup>295</sup>.

### 3.1.2 Participação popular e controle social no SUS: democracia sanitária

A compreensão dos princípios e diretrizes listados anteriormente deve ser feita também por meio do entendimento do significado dado à participação da comunidade e ao controle social. Para Sueli Gandolfi Dallari, o conceito de saúde e a regionalização do SUS implicam diretamente na participação da comunidade. As leis infraconstitucionais avançaram de modo a garantir a democratização, possibilitando o exercício da soberania popular<sup>296</sup>, através de exemplos como o dos Conselhos e Conferências nacional, estaduais e municipais de saúde.

A Lei nº 8.142/1990 “inovou em termos de gestão participativa do Estado e criou instituições participativas e democráticas para atuarem de forma integrada com o Estado”, a exemplo das Conferências e dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde<sup>297</sup>.

A discussão sobre participação popular é resultante da abertura democrática com o fim da ditadura civil-militar, resultado de uma oposição ao que significava o Estado ditatorial<sup>298</sup>. No modelo autoritário extinto ao longo da década de 1980, prevalecia a centralização das decisões nas mãos dos administradores, havendo o controle social do Estado sobre a sociedade “por meio da legislação, do aparato institucional ou mesmo por meio da força”, sentido inverso ao que é compreendido atualmente, no qual é a sociedade civil quem controlaria o Estado<sup>299</sup>.

<sup>295</sup> WERNER, Patrícia Ulson Pizarro. O direito social e o direito público subjetivo à saúde – o desafio de compreender um direito de duas faces. **Revista de Direito Sanitário**. São Paulo, v. 9, n. 2, p. 92-131, jul/out. 2008, p. 99. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13119>. Acesso em: 03 out. 2018.

<sup>296</sup> DALLARI, Sueli Gandolfi. A construção do direito à saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**. São Paulo, v. 9, n. 3, p. 9-34, nov. 2008/fev. 2009, p. 13. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13128>. Acesso em: 02 out. 2018.

<sup>297</sup> AITH, Fernando. **Direito à saúde e democracia sanitária**. São Paulo: Quartier Latin, 2017, p. 62.

<sup>298</sup> BRAVO, Maria Inês; CORREIA, Maria Valéria. Desafios do controle social na atualidade. **Revista Serviço Social**. São Paulo, n. 109, p. 126-150, jan/mar. 2012, p. 130. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-66282012000100008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282012000100008). Acesso em: 03 out. 2018.

<sup>299</sup> ROLIM, Leonardo Barbosa; CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou; SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Revista saúde em debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan/mar. 2013, p. 141. Disponível em:

No contexto que engloba a noção de participação popular, o termo “controle social” é reducionista, principalmente porque além do “controle e da fiscalização permanente”, a Constituição assegura a ação, a proposição e a intervenção dos cidadãos em decisões que orientam a Administração Pública<sup>300</sup>.

A participação popular, por consequência, engloba a “vigilância e a responsabilização” sem deixar de lado “a efetividade e o compromisso com a coisa pública”<sup>301</sup>. É uma noção mais ampla, abrangendo atividades que ultrapassam a atividade de fiscalização cidadã para além do sufrágio. Nesse sentido, Gustavo Binenbojm trata da importância da “democratização das democracias representativas” com a abertura e o incentivo da formação e manutenção de espaços que estimulem a participação cidadã<sup>302</sup>.

Para Di Pietro, ao aproximar o Estado e sociedade por meio da “atuação do particular diretamente na gestão e no controle da Administração Pública”, a participação popular se torna qualidade fundamental ao Estado Democrático de Direito<sup>303</sup>.

As decisões tomadas pelos agentes públicos no modelo respaldado por uma Constituição com fortes valores democráticos possuem relevância jurídica<sup>304</sup>. O espaço aberto pela redemocratização e pela reforma sanitária permitiu a consolidação (ou ao menos a intencionalidade) de instituições e processos que viabilizassem, num crescente, a participação popular nas decisões estatais ultrapassando a mera legalidade formal, em consonância à “gênese democrática do próprio Direito”<sup>305</sup>.

Fernando Aith defende que a legitimidade das decisões está amparada pela participação cidadã, configurando maior aceitação social e eficácia, independentemente do juízo de valor. Tal posicionamento, nesta última parte, destoa do que se apresentou acerca da proibição do retrocesso social<sup>306</sup>.

---

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042013000100016&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042013000100016&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 03 out. 2018.

<sup>300</sup> *Idem. Ibidem*, p. 141.

<sup>301</sup> *Idem. Ibidem*, p. 142.

<sup>302</sup> BINENBOJM, Gustavo. **Uma teoria do direito administrativo**. Direitos fundamentais, democracia e constituição. 3. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2014, p. 79.

<sup>303</sup> DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. Participação popular na administração pública. **Revista de direito administrativo**. Rio de Janeiro, 191, p. 26-39, jan/mar. 1993, p. 32. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/45639>. Acesso em: 04 out. 2018.

<sup>304</sup> “O agente público pode estar vinculado à Administração direta ou indireta, por meio de vínculo estatutário ou celetista, ou ainda, na qualidade de particular em colaboração com o Poder Público, atuando por meio de delegação de poderes estatais”. AITH, Fernando. **Direito à saúde e democracia sanitária**. São Paulo: Quartier Latin, 2017, p. 95.

<sup>305</sup> *Idem. Ibidem*, p. 80;108.

<sup>306</sup> *Idem. Ibidem*, p. 187.

### 3.1.2.1 Democracia sanitária

O SUS é a primeira política pública que constitucionalizou a participação social como um de seus princípios basilares. O conceito de democracia sanitária aparece como

o regime de governo do povo, aplicado aos temas relacionados à saúde individual e coletiva, por meio do qual os cidadãos participam e influem ativamente, de forma deliberativa ou consultiva, nos processos de tomada de decisões estatais de saúde de competência dos Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário<sup>307</sup>.

O Brasil possui uma legislação que deveria avançar na viabilização da participação cidadã na saúde, principalmente pública. Apesar de se observar uma articulação e construção doutrinária ao redor da “democracia sanitária”, a expressão, de origem recente, não é mencionada nas leis nacionais.

Desenvolvida na França<sup>308</sup>, abarca “um mandamento de otimização do Direito na aplicação concreta do direito à saúde”<sup>309</sup> e começou a ganhar adesão em outros países a partir da necessidade internacional de proteção deste direito fundamental considerando alguns fatores, entre os quais

(i) o reconhecimento da saúde pública como um direito; (ii) a consolidação dos Estados de Direito e a percepção de que o Direito Positivo destes Estados está permeado de valores políticos, morais, econômicos e culturais; (iii) o consenso de que a democracia é o regime de governo desejável para as sociedades modernas; (iv) a existência de múltiplas concepções teóricas de democracia; (v) a existência de diferentes democracias reais, organizadas em cada Estado de acordo com os respectivos contextos; (vi) a coexistência e a complementariedade de instituições e processos democráticos representativos e participativos; (vii) o desenvolvimento de arranjos democráticos específicos para lidar com os temas associados à saúde; (viii) a globalização econômica acentuada das tecnologias aplicadas à saúde; e (ix) outros fatores que contribuem para a eclosão de uma categoria específica da democracia, voltada à proteção da saúde como um direito e aqui denominada democracia sanitária, que constitui uma importante categoria analítica para a compreensão da democracia vigente nas sociedades modernas<sup>310</sup>.

<sup>307</sup> AITH, Fernando. **Direito à saúde e democracia sanitária**. São Paulo: Quartier Latin, 2017, p. 86.

<sup>308</sup> “A democracia sanitária foi construída na França em analogia ao conceito, então já consolidado no país, de democracia social. [...]. A democracia social caracteriza-se na França por processos de negociação, de consultas, de trocas de informações entre empregadores, empregados ou representantes e o poder público sobre questões de interesse comum”. Durante os anos 1990 e 2000, “a necessidade de se desenvolver teórica e legalmente o conceito de democracia sanitária na França surgiu, inicialmente, com o aumento do poder de mobilização e cobrança dos movimentos e associações de doentes, notadamente no campo das doenças raras”. *Idem. Ibidem*, p. 86.

<sup>309</sup> *Idem. Ibidem*, p. 113.

<sup>310</sup> *Idem. Ibidem*, p. 81-82.

Apesar das “garantias constitucionais, instituições jurídicas e processos juridicamente regulados”<sup>311</sup>, deve-se reconhecer que a mera positivação é insuficiente para a viabilização, na prática, de uma gestão pública com o controle social e minimamente democrática<sup>312</sup>.

Para isso, devem ser pensados mecanismos que estimulem e aproximem os cidadãos nos momentos de proposição, planejamento, execução, tomada de decisão, fiscalização e avaliação de tais políticas e ações estatais. A participação social é dinâmica, continuamente em movimento, possibilitando avanços e retrocessos, cuja velocidade e construção dependem da mobilização popular<sup>313</sup>.

A democracia sanitária pode ser compreendida por suas quatro dimensões: individual, associativa, institucional e política.

A dimensão individual seria vislumbrada pelo direito à autonomia, liberdade e igualdade do cidadão sobre seu corpo e saúde, devendo o Estado dispor do conjunto de informações acerca das ações e serviços de saúde aos quais o primeiro pode ser submetido, o que é reforçado pelos incisos V a VII do art. 7º da Lei nº 8.080/1990. Observa-se a necessidade da educação para a saúde, principalmente em seus aspectos de prevenção e promoção, bem como aqueles físicos, mentais e sociais de cada indivíduo<sup>314</sup>.

A capacidade de reunião e mobilização pela melhoria dos serviços de saúde ou até mesmo na articulação de interesses, caracteriza a dimensão associativa da saúde, em diálogo direto com outras duas dimensões, a institucional e a política.

No caso da institucional, há a representatividade em comitês técnicos, conselhos e outras, além dos instrumentos jurídicos que preveem mecanismos para desenvolvimento de ações concretas, a exemplo da lei de iniciativa popular e das audiências públicas.

---

<sup>311</sup> A título de exemplificação, podem ser citadas as garantias constitucionais da “separação de poderes, o acesso ao Judiciário, a legalidade dos atos administrativos, o devido processo legal, o direito de petição, o controle de constitucionalidade das decisões estatais, a liberdade de expressão, a publicidade dos atos estatais, a transparência de ações governamentais, os plebiscitos, os referendos, os projetos de lei de iniciativa popular e a diretriz constitucional de participação da comunidade no SUS”. AITH, Fernando. **Direito à saúde e democracia sanitária**. São Paulo: Quartier Latin, 2017, p. 13;123.

<sup>312</sup> ROLIM, Leonardo Barbosa; CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou; SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Revista saúde em debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan/mar. 2013, p. 143. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042013000100016&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042013000100016&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 03 out. 2018.

<sup>313</sup> *Idem. Ibidem*, p. 143.

<sup>314</sup> AITH, Fernando. **Direito à saúde e democracia sanitária**. São Paulo: Quartier Latin, 2017, p. 89. Cabe ressaltar, ainda, as decisões recentes do Executivo que contrariam a ideia disposta, a exemplo da liberação recente do uso de mais agrotóxicos na agricultura brasileira. GRIGORI, Pedro. Governo liberou registro de agrotóxicos altamente tóxicos. **Agência Repórter Brasil**, 18 jan. 2019. Disponível em: <https://reporterbrasil.org.br/2019/01/governo-liberou-registros-de-agrotoxicos-altamente-toxicos/>. Acesso em: 30 mar. 2019.

Quanto à dimensão política, destacam-se as atuações partidárias e de movimentos sociais na proposição “de pautas de saúde na agenda política nacional, na mobilização em prol do financiamento da saúde, ou ainda, na participação direta do cidadão nas instituições e processos decisórios do Estado”<sup>315</sup>.

Existe espaço para a participação popular institucionalizada e não institucionalizada dentro do sistema de saúde público brasileiro, que encontraria seu ponto ideal no equilíbrio entre as duas formas. Reforçando o que já se afirmou, a participação popular que consubstancia as dimensões associativa, institucional e política está prevista tanto na Constituição (art. 198, II), quanto nas duas Leis Orgânicas da Saúde.

A Lei nº 8.080/1990, trata da questão no artigo 7º, VIII, mas é a na Lei nº 8.142/1990 que a participação popular institucionalizada encontra amparo legislativo, visto que esta dispõe sobre Conselhos locais, municipais, estaduais e nacional, bem como acerca das Conferências de Saúde nestes mesmos níveis.

A participação não institucionalizada subsiste em questões individuais e coletivas, a exemplo da participação em movimentos sociais e mobilizações. A importância desses espaços, que devem ser aprofundados, se dá com a legitimação dos interesses da população, referendando a vontade constitucional e os parâmetros nos quais se constrói o Estado Democrático de Direito brasileiro.

Três fatores serão essenciais à abertura e participação democrática cidadã: (a) a organização da sociedade civil, por meio de movimentos populares, sindical e grupos de interesse, disponíveis a atuar naquela área; (b) a posição do gestor/autoridade pública quanto à relevância e ao caráter decisório atribuído ao espaço popular de controle social, facilitando a democratização ou criando obstáculos; e (c) a “existência de uma *policy community* formada por profissionais reformistas e lideranças populares, ambos interessados em construir canais participatórios”, com vistas ao fortalecimento de projetos em defesa dos valores constitucionais e fundantes das políticas públicas<sup>316</sup>.

Ainda que relevante, a existência de espaços institucionais não garante a participação popular majoritária, pois aos cidadãos é permitida a escolha de “não se envolver, ou seu

<sup>315</sup> AITH, Fernando. **Direito à saúde e democracia sanitária**. São Paulo: Quartier Latin, 2017, p. 90.

<sup>316</sup> CÔRTEZ, Soraya M. Vargas. Arcabouço institucional e participação em conselhos municipais de saúde e assistência social. In: SANTOS JUNIOR, Orlando Alves dos; RIBEIRO, Luiz Cesar de Queiroz; AZEVEDO, Sérgio de (Orgs.). **Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2004, p. 252-253.

envolvimento pode redundar em manipulação, consulta ou somente no acesso a informações”<sup>317</sup>.

Ponderadas as críticas, os conselhos podem servir como espaços de democratização em um país no qual “a cultura da submissão ainda está arraigada na maioria da população e em que o público é tratado como posse de pequenos privilegiados”<sup>318</sup>. Da mesma forma, é imprescindível a compreensão da lógica patrimonial e coronelista que se estende por todo o país, geradora de reflexões sobre até que ponto estes conselhos não se encontram aparelhados e exercendo a verdadeira função de democratização. É nesse sentido que a atividade de fiscalização mantém sua importância.

Fernando Aith indica que a organização social em um Estado Democrático de Direito é fundamental para a existência e pleno funcionamento da democracia sanitária, porque a separação de funções estatais, o exercício das liberdades civis e políticas, a proteção dos direitos humanos e da dignidade da pessoa humana seriam constatados neste tipo de organização societal<sup>319</sup>.

Diante da reflexão acerca da democracia apresentada no capítulo anterior, alerta-se ao fato de que soa demasiado ingênuo ou deslocado da realidade, elaborar, de forma intencional ou não, um panorama legislativo progressista, que culminaria em uma especialização cada vez maior da democracia sanitária, quando, em verdade, se constatam cotidianamente ataques frontais à democracia, ao Estado Democrático de Direito e aos direitos sociais.

Questões como o subfinanciamento crônico, a privatização direta ou indireta do SUS, a ausência de profissionais nos postos de saúde em todo o país (agravado pela recente saída dos médicos cubanos do programa Mais Médicos), entre outros fatores, indicam a profunda omissão do Estado brasileiro na concretização da saúde pública. Questões que há alguns anos pareciam ser consensuais e que buscavam ser aprimoradas, entre elas a participação da comunidade no SUS, hoje devem ser resgatadas, postas em evidência e rediscutidas, para que não seja perdido o mínimo garantido.

---

<sup>317</sup> CÔRTEZ, Soraya M. Vargas. Arcabouço institucional e participação em conselhos municipais de saúde e assistência social. In: SANTOS JUNIOR, Orlando Alves dos; RIBEIRO, Luiz Cesar de Queiroz; AZEVEDO, Sérgio de (Orgs.). **Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2004, p. 252.

<sup>318</sup> ROLIM, Leonardo Barbosa; CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou; SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Revista saúde em debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, pp. 139-147, jan/mar. 2013, p. 142-143. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042013000100016&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042013000100016&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 03 out. 2018.

<sup>319</sup> AITH, Fernando. **Direito à saúde e democracia sanitária**. São Paulo: Quartier Latin, 2017, p. 87.

### 3.1.2.2 Conselhos e conferências de saúde: a atuação institucionalizada como referência mínima da participação popular

A Lei nº 8.142/1990 foi editada após questionamento popular ao veto presidencial dos artigos referentes à participação da comunidade e às transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, previstos na Lei nº 8.080/1990. O mencionado instrumento legislativo regulamenta o regimento das Conferências e Conselhos de Saúde como “espaços democráticos de construção de uma nova ordem capaz de revigorar o sentido autêntico de liberdade, democracia e igualdade social”.

Conforme destacado, o Estado brasileiro permite a organização de Conselhos e Conferências de Saúde nos três níveis federais, Câmaras Técnicas, Audiências Públicas, entre outros, além de instrumentos articuladores das instâncias de governo, como as Comissões Tripartites e Bipartites (nestes dois últimos não há previsão da participação popular).

A Conferência de Saúde tem por finalidade a avaliação da situação de saúde e a proposição de diretrizes para a formulações políticas de acordo com cada nível federativo. Possui representação de vários segmentos sociais e é convocada a cada quatro anos pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta autoridade ou pelo Conselho de Saúde (artigo 1º, §1º).

Apesar da previsão legislativa datar de 1990, as Conferências Nacionais existem desde 1941. Permaneceram no período ditatorial e, já na redemocratização, a VIII Conferência (1986) representou o marco fundador na história do SUS ao contar pela primeira vez com a participação de usuários, propondo a modificação da própria lógica organizacional, deliberativa e participativa das Conferências Nacionais.

Ao agregar “profissionais de todas as áreas para a discussão de indicadores de saúde, de questões administrativas e organizacionais do SUS, de questões de financiamento e gastos em saúde”, as Conferências Nacionais simbolizariam o ápice da democracia sanitária no país, cabendo às autoridades públicas de saúde a viabilização prática das deliberações tomadas nestes eventos<sup>320</sup>.

O Conselho de Saúde “atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído” em cada nível (artigo 1º, §2º).

---

<sup>320</sup> AITH, Fernando. **Direito à saúde e democracia sanitária**. São Paulo: Quartier Latin, 2017, p. 142.

Os Conselhos fiscalizam o SUS, “a fim de que as deliberações das conferências de saúde sejam efetivamente concretizadas pelas autoridades públicas responsáveis pela formulação e execução das ações e serviços públicos de saúde”<sup>321</sup>. São órgãos colegiados, com caráter permanente e deliberativo, constituídos por representantes do governo (gestores), prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários.

A origem do Conselho Nacional de Saúde, em 1937, remete ao autoritário Estado Novo de Getúlio Vargas<sup>322</sup>.

Na década de 1980, as Comissões Interinstitucionais de Saúde estavam instauradas em mais de 2.500 municípios do país<sup>323</sup>. Com a multiplicação de fóruns participativos a nível municipal e estadual, precedendo a normatização e institucionalização nas Leis Orgânicas da Saúde, são observados exemplos bem-sucedidos da *policy community*, que utilizou tais espaços para articular posições contrárias aos interesses privatistas, conservadores e autoritários na disputa por recursos públicos<sup>324</sup>.

Apesar da origem centralizadora, após a CF/88, prevaleceu a descentralização administrativa. Uma característica marcante foi a condicionante à criação de conselhos locais de saúde, estaduais e municipais, para a transferência de recursos federais. Conforme a Lei nº 8.142/1990:

Art. 4º. Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

I – Fundo de Saúde;

II – **Conselho de Saúde**, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.348, de 7 de agosto de 1990;

III – plano de saúde;

IV – relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

V – contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

VI – Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para a sua implantação.

Parágrafo único. **O não atendimento pelo Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União** [grifos nossos].

<sup>321</sup> AITH, Fernando. **Direito à saúde e democracia sanitária**. São Paulo: Quartier Latin, 2017, p. 143.

<sup>322</sup> BRASIL. **Para entender o controle social na saúde**. Brasília: Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde, 2013, p. 16. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/manual\\_para\\_entender\\_controle\\_social.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/manual_para_entender_controle_social.pdf). Acesso em: 30 set. 2018.

<sup>323</sup> CÔRTEZ, Soraya M. Vargas. Arcabouço institucional e participação em conselhos municipais de saúde e assistência social. In: SANTOS JUNIOR, Orlando Alves dos; RIBEIRO, Luiz Cesar de Queiroz; AZEVEDO, Sérgio de (Orgs.). **Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2004, p. 266.

<sup>324</sup> *Idem*. *Ibidem*, p. 260.

A criação de conselhos municipais e estaduais de saúde consiste em um dos requisitos a serem observados para repasse de recursos pela União ou pelos próprios Estados, o que deveria provocar a necessária mobilização da unidade federativa no adequado funcionamento destes espaços institucionais.

Para tanto, deve ser observada a paridade na representação dos usuários nos Conselhos e Conferências de Saúde em relação aos demais segmentos (art. 1º, §4º). Num Conselho de Saúde, 50% da representação é cabível aos usuários, advindos de suas entidades de base e movimentos sociais; 25% dos representantes de entidades profissionais de saúde, entre as quais se inclui a comunidade científica; e 25% dos profissionais que atuam junto ao gestor (governo), sendo indicados por ele, acrescidos aos representantes de entidades prestadoras de serviços de saúde e de entidades nacionais empresariais com atividades na área de saúde<sup>325</sup>.

Cada Conferência de Saúde possui regimento próprio. As diretrizes para criação, reformulação, organização, estruturação, funcionamento e competências dos Conselhos de Saúde estão dispostas na Resolução nº 333/2003 do CNS, sendo resguardadas as garantias de que cada Conselho possua regimento interno e estrutura administrativa próprios.

Além da mencionada normativa, o Decreto nº 5.839/2006 trata da organização, das atribuições e do processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde, composto por 48 conselheiros titulares (art. 3º, *caput*), que possuem primeiros e segundos suplentes (art. 3º, §3º) eleitos para mandato de três anos, com uma recondução (art. 7º), levando em consideração a representatividade e paridade já explicitadas.

Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi, entretanto, aponta que estudos desses espaços institucionais indicam a existência de problemas de ordem democrática, a exemplo do não cumprimento de decisões tomadas (ou a aplicação exatamente oposta ao que se decidiu), a cooptação<sup>326</sup> de conselheiros pelo Estado ou a indicação destes pelos próprios governantes, não pelas entidades de base, fazendo com que as instâncias servissem “para cumprir agendas de políticas previamente decididas pelos gestores, dando o verniz de democracia a um processo de decisão tomado alhures”<sup>327</sup>.

---

<sup>325</sup> BRASIL. **Para entender o controle social na saúde**. Brasília: Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde, 2013, p. 42. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/manual\\_para\\_entender\\_controle\\_social.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/manual_para_entender_controle_social.pdf). Acesso em: 30 set. 2018.

<sup>326</sup> “Trata-se de um apassivamento proposital, como estratégia de corporativização dos setores populares, que envolve cooptação e controle por mecanismos econômicos e políticos, vinculando suas organizações aos propósitos de manutenção dos grupos de poder”. ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de. Desafios e lutas pela universalidade da saúde. In: CORREIA, Maria Valéria Costa (org.). **Política de saúde no Brasil e o fortalecimento do setor privado**: desmonte do SUS público, estatal e universal. Maceió: Edufal, 2018, p. 135.

<sup>327</sup> *Idem*. *Ibidem*, p. 134-135.

Como efeito, haveria o afastamento daqueles cidadãos que buscam nos Conselhos e Conferências o cumprimento da legislação sanitária e a concretização de um direito a saúde cada vez mais universal e equânime, em detrimento da criação de novos palanques eleitoreiros, o que geraria a aparência de respeito ao processo democrático, nestes casos, inexistente<sup>328</sup>.

### 3.1.2.3 A participação não institucionalizada: a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS) como referência organizacional

Há uma diferenciação entre o SUS constitucional e o real, que será trabalhada no próximo tópico. O aprofundamento do neoliberalismo no Brasil, os fatores listados que dificultam a concretização da democracia sanitária somado a outros, a exemplo da precarização do trabalho no SUS e a dificuldade no acesso às ações e serviços de saúde, ampliaram a necessidade de mobilização social.

Se os espaços institucionais possuíam problemas de ordem democrática, as mobilizações sociais permaneciam, questionando tudo aquilo que destoava do esperado pela saúde pública. Movimentos sociais se organizaram a partir de demandas de usuários, trabalhadores e pesquisadores, destacando-se a construção e expansão dos Fóruns Populares de Saúde em defesa do SUS e da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde.

Diante de um cenário de gerencialismo e contrarreformas na saúde, Andreazzi afirma que os movimentos tinham inspiração nos princípios da reforma sanitária, “defendendo com ênfase à estatização da saúde, articulando-se com os movimentos sociais que lutam contra as consequências do modelo econômico concentrador”, criticando os governos que renunciaram a edificação e fortalecimento do SUS<sup>329</sup>.

A Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS) é uma organização composta por militantes da saúde (movimentos populares, estudantil, social e sindical, além de organizações políticas e intelectuais) que compõem Fóruns Estaduais e lutam por um “SUS 100% público, estatal e de qualidade”, estando articulada em 20 estados e no Distrito Federal, existindo ainda 17 fóruns municipais<sup>330</sup>.

<sup>328</sup> ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de. Desafios e lutas pela universalidade da saúde. *In*: CORREIA, Maria Valéria Costa (org.). **Política de saúde no Brasil e o fortalecimento do setor privado: desmonte do SUS público, estatal e universal**. Maceió: Edufal, 2018, p. 134-135.

<sup>329</sup> *Idem. Ibidem*, p. 142.

<sup>330</sup> FNCPS. Quem somos. **Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde**. Disponível em: <http://www.contraprivatizacao.com.br/p/quem-somos.html>. Acesso em: 30 nov. 2018.

Figura 5 – Distribuição dos Fóruns participantes da FNCPS



Fonte: Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde.

Desde sua criação, em 2010, organiza mobilizações contra o desmantelamento do SUS,

denunciando a situação de **subfinanciamento crônico** (decorrente do modelo de desenvolvimento econômico que privilegia recursos para o Sistema da Dívida Pública em detrimento das políticas sociais), **desfinanciamento** (corte direto, medidas que alteram o montante de recursos, destinação dos mesmos ao setor privado) e **privatização do setor de Saúde no Brasil**, que se expressa de diversas formas, inclusive através dos chamados “Novos Modelos de Gestão”, de cunho privatizante (Organizações Sociais – Oss, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIPs, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH, Fundação Estatal de Direito Privado, Serviços Sociais Autônomos, entre outros) [grifos nossos]<sup>331</sup>.

São exemplos de lutas da Frente e dos Fóruns: mobilizações de rua, movimentos de resistência e momentos de conscientização/formação (a exemplo dos Seminários Nacionais), elaboração de documentos e pesquisas sobre o SUS (bem como a publicização destes resultados), outras atividades de base e até mesmo nas instâncias representativas – conselhos, conferências, audiências públicas, chegando ao Congresso Nacional – e que dizem respeito diretamente à situação da saúde pública no Brasil.

<sup>331</sup> FNCPS. Declaração política do VI Seminário Nacional. **Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde**, 29 nov. 2016. Disponível em: <http://www.contraprivatizacao.com.br/p/quem-somos.html>. Acesso em: 30 nov. 2018.

## 3.2 O ABISMO ENTRE O SUS CONSTITUCIONAL E O SUS REAL: CONTRARREFORMAS, DESCONSTITUCIONALIZAÇÃO E A ATUAÇÃO DO BANCO MUNDIAL NA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

Parte considerável das conquistas relativas ao SUS estão restritas ao plano legislativo. No entanto, não se pode diminuir a essencialidade desta política pública diante de seus números e relevância no cotidiano do cidadão brasileiro – da saúde básica à alta complexidade, passando pela qualidade do trabalho desempenhado por seus profissionais e pesquisadores. Apesar da grandiosidade que resiste, a implementação das primeiras medidas neoliberais no Brasil tornou mais difícil a concretização do padrão universal de proteção social no país<sup>332</sup>.

A crise estrutural do capital impôs limites de diversas ordens à efetivação do SUS e aos serviços públicos de forma geral, que se tornam meios de expansão do capital financeiro. No momento de financeirização do capital, em que há necessidade de aumento de lucros, a saúde é vista como um mercado potencialmente rentável às empresas privadas e dispendioso ao orçamento público.

Valéria Correia pronuncia que “os empresários da saúde não mais disputam a política de saúde brasileira, se propõem a serem os elaboradores da mesma, buscando concretizarem, cada vez mais, seus interesses econômicos na saúde”<sup>333</sup>. Frente aos altos índices de doenças infectocontagiosas ou outras patologias que acometem os brasileiros, a política de saúde nacional é pensada e articulada, majoritariamente, para atender demandas do mercado<sup>334</sup>.

### 3.2.1 A utilização de princípios é suficiente para a realização da saúde pública?

Carlos Ari Vieira Sundfeld é um crítico ferrenho à utilização de princípios indeterminados para justificar a tomada de decisões pelo intérprete do direito. O autor revela a

---

<sup>332</sup> CORREIA, Maria Valéria Costa. Entre a Reforma Sanitária e o SUS: os interesses do capital na saúde. *In*: CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros dos (orgs.). **Reforma sanitária e contrarreforma da saúde**. Interesses do capital em curso. Maceió: Edefal, 2015, p. 71.

<sup>333</sup> *Idem* (org.). **Política de saúde no Brasil e o fortalecimento do setor privado**: desmonte do SUS público, estatal e universal. Maceió: Edefal, 2018, p. 31.

<sup>334</sup> “Em paralelo ao seu fortalecimento econômico, o grande capital da saúde reforça o seu tradicional papel político. Hoje, é grande financiador de campanhas eleitorais, inclusive dos partidos que se dizem de esquerda, como o PT/PCdoB/PSB. Nas eleições gerais de 2014, os planos de saúde doaram mais de R\$ 8 milhões a candidatos”. ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de. Desafios e lutas pela universalidade da saúde. *In*: CORREIA, Maria Valéria Costa (org.). **Política de saúde no Brasil e o fortalecimento do setor privado**: desmonte do SUS público, estatal e universal. Maceió: Edefal, 2018, p. 138-139.

aplicação inadequada da terminologia para termos que não possuem conteúdo, criando uma fábrica de supostos princípios a partir de indeterminações constitucionais e legislativas<sup>335</sup>.

Um dos fatores que contribuem para a existência do objeto criticado é a disputa de poder e influência para a realização dos interesses. Diante da “falta de consenso e de apoio político para textos mais exatos”, as indeterminações são consideradas necessárias à correlação de forças, principalmente para o favorecimento daqueles que possuem posições estratégicas de poder<sup>336</sup>.

Apesar da premente aclamação de princípios como mandatos de otimização no neoconstitucionalismo contemporâneo, Humberto Ávila reforça a avaliação apresentada ao afirmar a dificuldade atual ao não se averiguar “quais são os comportamentos indispensáveis à realização desses valores [consagrados] e quais são os instrumentos metódicos essenciais à fundamentação controlável da sua aplicação”<sup>337</sup>. O jurista enfatiza a necessidade racional de exame da estrutura dos princípios, saindo do âmbito da mera declaração ao buscar detalhar o comportamento essencial para a concretização daquilo que se valorou e que será aplicado na prática da administração pública, na doutrina e nas decisões judiciais<sup>338</sup>.

As discussões que envolvem a saúde pública, a exemplo dos modelos de gestão, alimentos transgênicos, aborto, distribuição gratuita de medicamentos para pessoas portadoras de HIV, planos de saúde privados, distribuição de recursos, entre outros, demonstram que há um exercício permanente de poder<sup>339</sup>. Buscando deixar essa questão evidente, Fernando Aith afirma que “muitas vezes o enfoque que se dá às questões de saúde pública deixa de lado essa verdade elementar, tal a forma como as decisões sanitárias contemporâneas se cercam de cálculos de risco, estimativas de custo-benefício, racionalização e precauções”. Neste aspecto, o autor destaca que o direito, enquanto regulador de condutas, deve mediar as situações e as relações de poder para evitar abusos<sup>340</sup>.

---

<sup>335</sup> SUNDFELD, Carlos Ari Vieira. Princípio é preguiça? *In*: SUNDFELD, Carlos Ari Vieira; MACEDO JÚNIOR, Ronaldo Porto; BARBIERI, Catarina Helena Cortada (orgs.). **Direito e interpretação**: racionalidades e instituições. São Paulo: Saraiva, 2011, p. 293.

<sup>336</sup> *Idem. Ibidem*, p. 293-294.

<sup>337</sup> ÁVILA, Humberto. **Teoria dos princípios**. Da definição à aplicação dos princípios jurídicos. 4. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2004, p. 56.

<sup>338</sup> *Idem. Ibidem*, p. 56.

<sup>339</sup> “De fato, a atenção e a resposta a ser dada pela sociedade e pelo Estado a um determinado tema de saúde pública serão determinadas por elementos nem sempre quantificáveis, como o seu caráter espetacular, o tratamento dado pela mídia, a ação de um profissional de peso na área da saúde ou de um político com poder de decisão sobre o fato, a mobilização de grupos organizados de doentes ou associações de usuários de medicamentos e/ou serviços de saúde”. AITH, Fernando. **Direito à saúde e democracia sanitária**. São Paulo: Quartier Latin, 2017, p. 50.

<sup>340</sup> AITH, Fernando. **Direito à saúde e democracia sanitária**. São Paulo: Quartier Latin, 2017, p. 47.

A saúde pública, que precisa da regulamentação jurídica, além de corresponder ao conceito da OMS, de completo bem-estar físico, psíquico e social, aparece como um

vasto campo de conhecimento, multidisciplinar, que engloba: (i) **epidemiologia**, voltada a identificar e analisar os estados de saúde e doença de uma população; (ii) **gestão**, frequentemente associada à atividade estatal para a Administração da saúde, políticas públicas, economia e planejamento em saúde; e (iii) **conhecimento científico próprio**, caracterizado pela especialização profissional e institucional e pelo desenvolvimento de teorias e regras que lhe são próprias [grifos nossos]<sup>341</sup>.

Apesar das conquistas, ocorreram grandes concessões à iniciativa privada ainda na Assembleia Constituinte. Atualmente, inexistente “um projeto estratégico para fortalecer o SUS”, seja em seu aspecto financeiro ou ideológico<sup>342</sup>. Além disso, a correlação de forças que está presente na arena econômica, política e cultural brasileira, põe o projeto de SUS em constante disputa, constatando-se, por exemplo, na diminuição do “papel do Estado nas políticas sociais e as influências dos organismos e pressões internacionais a favor de sistemas públicos simplificados e precarizados de saúde”<sup>343</sup>.

O §1º do artigo 199 da CF, assegurou atuação da iniciativa privada de forma complementar ao SUS “quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área”, por meio de contratos ou convênios, priorizando-se as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Para Valéria Correia, precedentes legais foram abertos com a finalidade de manutenção da “compra e venda da saúde no livre mercado, e da compra, pelo setor público, de serviços no setor privado, precedentes esses que facilitaram a expansão dos interesses do capital, na área da saúde”<sup>344</sup>, o que caracterizava a americanização (perversa e pelo alto) do serviço de saúde na época ditatorial.

É possível ainda a atuação do setor privado de forma suplementar, isto é, por fora do Sistema Único de Saúde, com base no *caput* do artigo 199 da CF e nos artigos 20 a 23 da Lei nº 8.080/1990. Convivem dois “sistemas de atenção”: um estatal, fundamentado nas Leis Orgânicas da Saúde, e outro privado, respaldado pelo Código de Defesa do Consumidor, pela Lei nº 9.656/1998 e pelas Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar<sup>345</sup>. No

<sup>341</sup> AITH, Fernando. **Direito à saúde e democracia sanitária**. São Paulo: Quartier Latin, 2017, p. 49.

<sup>342</sup> OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **SUS: o desafio de ser único**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016, p. 11.

<sup>343</sup> MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura (orgs.). **Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p. 78. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/125.pdf>. Acesso em: 30 set. 2018.

<sup>344</sup> CORREIA, Maria Valéria Costa. Entre a Reforma Sanitária e o SUS: os interesses do capital na saúde. In: CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros dos (orgs.). **Reforma sanitária e contrarreforma da saúde**. Interesses do capital em curso. Maceió: Edufal, 2015, p. 71.

<sup>345</sup> SILVA, Giovanni Gurgel Aciole da. Uma abordagem antinomia “público x privado”: descortinando as relações para a saúde coletiva. **Interface**. São Paulo, v. 9, n. 18, pp. 7-24, jan/jun. 2006, p. 8. Disponível em:

primeiro caso, aparece a figura do cidadão/usuário do Sistema de Saúde; no outro, o consumidor do serviço privado de saúde.

Se durante a Constituinte o movimento de reforma sanitária defendeu a estatização progressiva da saúde, o sistema público de saúde brasileiro passa pelo processo contrário: a privatização financiada com recursos públicos, cada vez mais escassos no SUS, é fortalecida<sup>346</sup>.

Denota-se a inversão da complementariedade do setor privado/filantrópico ao público, pois, relegado a segundo plano na distribuição orçamentária, o SUS passa a ser complementar ao privado<sup>347</sup>. Silva, Correia e Santos apontam que a complementariedade invertida privilegia “a compra de serviços privados, ao invés de investir na ampliação e manutenção dos serviços públicos”, contribuindo para desestruturar a rede pública de saúde com consequências “na precarização dos serviços públicos, com a falta de infraestrutura, insumos, recursos humanos, fatores que refletem, de forma negativa, na prestação de serviços aos usuários do SUS”<sup>348</sup>. Andreazzi afirma que as grandes empresas disputam o fundo público da saúde<sup>349</sup>.

Ao analisar dados referentes ao ano de 2015, Valéria Correia demonstra que

os recursos que eram destinados às esferas públicas [em procedimentos hospitalares do SUS] corresponderam a 37,70%; em contraponto, tivemos 62,30% investido na compra de serviços a rede privada/filantrópica [...]. Os valores repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para os serviços de diálise ilustram essa realidade, já que, enquanto a rede pública (municipal, estadual e federal) recebeu 5,74% do total de recursos públicos destinados a esses serviços, a rede privada (78,66%), somada à filantrópica (15,61%), absorveu 94,27% desses recursos em 2014<sup>350</sup>.

Nesse sentido, Isabela Soares Santos enfatiza o abismo existente entre o SUS real e o SUS constitucional, pois, na conjuntura de surgimento e consolidação do neoliberalismo no mundo, é desenvolvido um mercado de venda de planos e serviços de saúde paralelo à universalização do direito social, que em determinados momentos coexistem, mas nunca de maneira pacífica. A autora relata que o setor privado recebe vultuosos recursos públicos em

---

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832006000100002&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832006000100002&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 29 set. 2018.

<sup>346</sup> SILVA, Clara Morgana Torres Rocha da; CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros dos. A privatização do fundo público da saúde: a complementariedade invertida no SUS. In: CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros dos (orgs.). **Reforma Sanitária e Contrarreforma da Saúde**. Maceió: Edufal, 2015, p. 127.

<sup>347</sup> *Idem. Ibidem*, p. 121.

<sup>348</sup> *Idem. Ibidem*, p. 128.

<sup>349</sup> “No mercado de seguros privados de saúde, as quatro maiores empresas detinham 22% do mercado de planos médicos em 2014. São elas, a AMIL/United Health (empresa de capital dos USA); dois bancos, Bradesco (associado à Allianz, empresa alemã) e Sul América; a Golden Cross e a Intermédica, que foi muito tempo uma empresa brasileira, mas vendida em 2015 para Bain Capital, fundo de investimento do USA”. ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de. Desafios e lutas pela universalidade da saúde. In: CORREIA, Maria Valéria Costa (org.). **Política de saúde no Brasil e o fortalecimento do setor privado: desmonte do SUS público, estatal e universal**. Maceió: Edufal, 2018, p. 138.

<sup>350</sup> CORREIA, Maria Valéria Costa (org.). **Política de saúde no Brasil e o fortalecimento do setor privado: desmonte do SUS público, estatal e universal**. Maceió: Edufal, 2018, p. 25.

desvantagem do próprio investimento no SUS, “gerando não só problemas reais de saúde para as pessoas, mas também, maiores gastos nessa área com problemas que poderiam ser evitados, e ainda, uma população menos saudável”<sup>351</sup>. Destarte, não é o sistema público que deve ser complementar ao privado, principalmente tendo em conta a complexidade do SUS no continental e heterogêneo território brasileiro<sup>352</sup>.

A existência de um “duplo movimento pendular e contraditório entre as forças em torno da área da saúde” demonstra que a principiologia do SUS, apesar de importante conquista dos movimentos sociais e da classe trabalhadora brasileira, não é bastante em si<sup>353</sup>. As dificuldades em concretizar o SUS estão diretamente relacionadas aos problemas de subfinanciamento e à existência paralela de planos de saúde privados. As isenções fiscais aos planos de saúde e seus usuários, existentes desde o final da década de 1960, têm como inspiração o modelo dos EUA, que possui uma cobertura “residual e segmentada”<sup>354</sup>.

Cabe avaliar a questão do modelo duplicado na prestação de serviços de saúde, porque ainda que haja a oferta pelo mercado privado de parte dos serviços disponíveis pelo SUS, os segurados também se utilizam do setor público quando lhes convém. Ressalta-se a existência de relações mal elucidadas entre Estado e setor privado quando constatado que este, “recebe isenções, subsídios e benefícios fiscais na garantia desses serviços a sua clientela”, que não cumprem a função de equilibrar ou reduzir a quantidade de atendimentos pelo SUS, pois “usuários de planos de saúde utilizam seus serviços (vacinação, urgência e emergência, banco de sangue, transplante, hemodiálise, serviços de alto custo e de complexidade tecnológica)”<sup>355</sup>.

A Lei nº 13.097/2015 tratou de 29 temas diferentes, referentes a diversos diplomas legais<sup>356</sup>, entre eles a Lei nº 8.080/1990 no que diz respeito à regulação da saúde suplementar

<sup>351</sup> SANTOS, Isabela Soares. A solução para o SUS não é um *Brazilcare*. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, jul/set. 2016. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1191>. Acesso em: 01 out. 2018.

<sup>352</sup> *Idem. Ibidem.*

<sup>353</sup> MENDES, Áquilas; WEILLER, José Alexandre Buso. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. **Revista Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 491-505, abr/jun. 2015, p. 493. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00491.pdf>. Acesso em: 06 out. 2018.

<sup>354</sup> OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **SUS: o desafio de ser único**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016, p. 24.

<sup>355</sup> ALVES, Pâmela Karoline Lins. A ampliação da saúde suplementar com apoio estatal: incentivos, desonerações e subsídios do Estado brasileiro. In: CORREIA, Maria Valéria Costa (org.). **Política de saúde no Brasil e o fortalecimento do setor privado: desmonte do SUS público, estatal e universal**. Maceió: Edufal, 2018, p. 104.

<sup>356</sup> O que é dissonante ao preceituado pela Lei Complementar nº 95/1998, que “dispõe sobre a elaboração, a redação, a alteração e a consolidação das leis, conforme determina o parágrafo único do art. 59 da Constituição Federal, e estabelece normas para a consolidação dos atos normativos que menciona”. O artigo 7º do presente documento atribui que “o primeiro artigo do texto indicará o objeto da lei e o respectivo âmbito de aplicação, observados os seguintes princípios: I - excetuadas as codificações, cada lei tratará de um único objeto; II - a lei não conterá matéria estranha a seu objeto ou a este não vinculada por afinidade, pertinência ou conexão; III - o âmbito de aplicação da lei será estabelecido de forma tão específica quanto o possibilite o conhecimento técnico

no país, possibilitando a atuação de empresas e do capital estrangeiro, “direta ou indiretamente, nas ações e cuidados à saúde”. A nova redação propõe:

Art. 142. A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 23. **É permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos:**

I - doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos;

II - pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar:

a) hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada; e

b) ações e pesquisas de planejamento familiar;

III - serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social; e

IV - demais casos previstos em legislação específica.” (NR)

“Art. 53-A. Na qualidade de ações e serviços de saúde, as atividades de apoio à assistência à saúde são aquelas desenvolvidas pelos laboratórios de genética humana, produção e fornecimento de medicamentos e produtos para saúde, laboratórios de análises clínicas, anatomia patológica e de diagnóstico por imagem e **são livres à participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros**” [grifos nossos].

Questiona-se a constitucionalidade da presente lei, tendo em vista que o artigo 199, §3º da CF veda “a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei”. Apesar do instrumento legislativo analisado prever, em seu artigo 142-A, os casos em que pode haver participação das empresas e capitais estrangeiros, há completa contradição com a intenção originária da Constituição, na qual a vedação é regra e legislação infraconstitucional deveria tratar de casos excepcionais que justificassem “objetivamente a abertura ao capital estrangeiro”<sup>357</sup>.

Sobre este ponto, a Petição Inicial da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 5.239, proposta pela Confederação Nacional dos Trabalhadores Liberais Universitários<sup>358</sup>, concluiu que “da forma como o artigo 142, da Lei nº 13.097 [...] alterou o artigo 23 da Lei nº 8.080/90, a lei torna a exceção em regra, eis que a permissão dada abrange toda a assistência à saúde, o que infringe a Constituição Federal no seu artigo 166 [leia-se 199], § 3º”<sup>359</sup>.

---

ou científico da área respectiva; IV - o mesmo assunto não poderá ser disciplinado por mais de uma lei, exceto quando a subseqüente se destine a complementar lei considerada básica, vinculando-se a esta por remissão expressa”.

<sup>357</sup> STF. ADI nº 5.239. Petição Inicial, p. 13. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/estfvisualizadorpub/jsp/consultarprocessoeletronico/ConsultarProcessoEletronico.jsf?seqobjetoincidente=4710404>. Acesso em: 30 nov. 2018.

<sup>358</sup> A ADIN proposta em fevereiro de 2015 se encontra concluída ao Relator desde dezembro de 2016.

<sup>359</sup> STF. ADI nº 5.239. Petição Inicial, p. 15. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/estfvisualizadorpub/jsp/consultarprocessoeletronico/ConsultarProcessoEletronico.jsf?seqobjetoincidente=4710404>. Acesso em: 30 nov. 2018.

Além disso, a Exordial defende que há violação constitucional ao artigo 200, I, da CF ao retirar do artigo 23 da Lei Orgânica da Saúde a “autorização e a fiscalização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), quando da participação do capital estrangeiro”<sup>360</sup>, culminando numa situação em que as empresas estrangeiras e o capital externo estariam autorizados a fazer uma série de ações e serviços na saúde, sem que haja autorização e fiscalização do SUS.

O Conselho Federal de Nutrição, que atua como *Amicus Curiae* no referido processo, afirma que se for intenção do Congresso Nacional retirar a proibição constitucional, o instrumento cabível e os trâmites procedimentais necessários seriam os de emenda constitucional, “caso em que agiria como o poder constituinte derivado e não como legislador ordinário”<sup>361</sup>.

Se o sistema de seguridade social criado pela CF/88 visava a universalidade na proteção social, a introdução do ajuste estrutural neoliberal a partir das contrarreformas estatais deu margem ao desenho de um profundo contraste entre a base constitucional - diretrizes, princípios e legislações - que constrói o SUS brasileiro (SUS constitucional) e o que acontece na realidade (SUS real). Em verdade, a grande mudança prática foi a substituição do *modus* da parceria típica do regime ditatorial por “relações implícitas entre público e privado, nas quais o Estado se comporta como um ator cujas não-decisões geram consequências opostas ao seu próprio discurso”<sup>362</sup>.

Viviane Medeiros dos Santos é enfática ao relatar “o que se viu na prática foi um sistema seletivo, focalista, descentralizado, com característica assistencialista e impregnado de tendência privatizante”, visando cada vez mais a inclusão do mercado, com a priorização de seus interesses a partir do desmonte do SUS<sup>363</sup>.

Apesar de mais de 3/4 (três quartos) da população brasileira depender exclusivamente do Sistema Público, Werneck Viana indica que a seletividade, em oposição à universalidade, é uma das distorções da política pública de saúde no país, havendo uma restrição dos estabelecimentos públicos de saúde básica, deteriorados, para os mais pobres – transformando

<sup>360</sup> STF. ADI nº 5.239. Petição Inicial, p. 15. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/estfvisualizadorpub/jsp/consultarprocessoeletronico/ConsultarProcessoEletronico.jsf?seqobjetoincidente=4710404>. Acesso em: 30 nov. 2018.

<sup>361</sup> STF. ADI nº 5.239. Petição de *Amicus Curiae*, p. 8. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/estfvisualizadorpub/jsp/consultarprocessoeletronico/ConsultarProcessoEletronico.jsf?seqobjetoincidente=4710404>. Acesso em: 30 nov. 2018.

<sup>362</sup> VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil.** Estratégias de bem-estar e políticas públicas. 3ª ed. Rio de Janeiro: Revan, 2011, p. 151.

<sup>363</sup> SANTOS, Viviane Medeiros dos. A contrarreforma e a privatização do SUS: as Organizações Sociais (OSs) como modelo privatizante. In: CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros dos (orgs.). **Reforma Sanitária e Contrarreforma da Saúde.** Maceió: Edufal, 2015, p. 97;109.

a universalidade em filantropia –, e os procedimentos de excelência, alta duração e especialização, àqueles “cujas posições de poder em relações pessoais garante o ingresso privilegiado”<sup>364</sup>, com restrições de acesso aos mais pobres<sup>365</sup>.

Evidencia-se a falta de regras para o funcionamento do mercado e sua fiscalização, dificultando a própria defesa do consumidor, resultando na noção de que existe um “sistema de seguridade mercantilizado”, mas que não se reconhece dessa forma, trazendo prejuízos para os consumidores, “sem normas condizentes para o controle das prestações”<sup>366</sup>. Além disso, “aprofunda as desigualdades e penaliza contundentemente os de baixo; ademais, a assistência requerida aos excluídos, que são muitos, torna-se cara para os cofres públicos”<sup>367</sup>.

Por tal razão, a partir da precarização dos serviços públicos e do incentivo à expansão e garantia de estabilidade do setor suplementar, é constatada a “universalização excludente”<sup>368</sup>.

Apesar da centralização excessiva que caracterizou o regime anterior ao instaurado em 1988 ter motivado uma discussão a respeito da descentralização como diretriz do SUS, Andreazzi reflete se há uma verdadeira proposta contra-hegemônica a partir desta, visto que foi ressignificada pelo neoliberalismo, representando “um descompromisso financeiro da União, que passava longe da proposta original do SUS”<sup>369</sup>.

Além disso, conforme já discutido no ponto dedicado aos Conselhos e Conferências, a descentralização no sistema público de saúde seria requisito essencial para o financiamento, participação popular e consequente realização da democracia, razão pela qual se questiona a observância destes pontos ou, de outra forma, a manutenção da estrutura local de poder, conservador, estruturado no latifúndio, utilização da máquina estatal para proveito próprio e “com capacidade para desorganizar os serviços públicos” da região<sup>370</sup>.

A ausência de delimitações entre o público e o privado no Brasil, além de repercutir em questões relativas ao financiamento, à distribuição de poderes entre os entes federativos e à

<sup>364</sup> VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil**. Estratégias de bem-estar e políticas públicas. 3ª ed. Rio de Janeiro: Revan, 2011, p. 152.

<sup>365</sup> ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de. Desafios e lutas pela universalidade da saúde. In: CORREIA, Maria Valéria Costa (org.). **Política de saúde no Brasil e o fortalecimento do setor privado: desmonte do SUS público, estatal e universal**. Maceió: Edufal, 2018, p. 135.

<sup>366</sup> VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck. *Op. Cit.*, p. 15.

<sup>367</sup> *Idem. Ibidem*, p. 15.

<sup>368</sup> ALVES, Pâmela Karoline Lins. A ampliação da saúde suplementar com apoio estatal: incentivos, desonerações e subsídios do Estado brasileiro. In: CORREIA, Maria Valéria Costa (org.). **Política de saúde no Brasil e o fortalecimento do setor privado: desmonte do SUS público, estatal e universal**. Maceió: Edufal, 2018, p. 103-105.

<sup>369</sup> ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de. *Op. Cit.*, p. 128.

<sup>370</sup> *Idem. Ibidem*, p. 128-129.

democracia sanitária, cria entraves essenciais à universalização não só do direito à saúde como outros que assim se pretendem. Andreazzi explica que

o privatismo [característica marcante da sociedade brasileira] se projeta na política tornando-a espaço de mandonismo e autoritarismo (que também podem ser denominados de coronelismo), uma ausência de uma sólida esfera pública de universalização de direitos democraticamente controlados pela sociedade, **onde os grupos oligárquicos procuram dominar e utilizar o aparelho de Estado como coisa privada, a fim de assegurar seus negócios e manter clientelas, que perpetuem seu controle. Com a escassez da oferta de serviços públicos de saúde, o clientelismo impera no acesso a estes serviços e nas contratações com o Estado**<sup>371</sup> [grifos nossos].

Um exemplo do privatismo aplicado à saúde pode ser observado quando são propostos instrumentos legislativos que concedem vultuosas anistias à planos de saúde ou que obriguem empresas a pagarem seguros de saúde privados aos seus funcionários<sup>372</sup>.

Além do projeto privatista para a saúde, Viviane Medeiros denuncia que há uma terceira via que propõe uma reforma sanitária flexibilizada, abrindo mão de importantes bandeiras dos anos 1980 e admitindo/defendendo a privatização por meio dos novos modelos de gestão<sup>373</sup>.

A pesquisadora segue a análise afirmando que o apassivamento do movimento de reforma sanitária contribuiu para que a despolitização ganhasse progressivamente mais espaço no SUS e a efetivação do direito à saúde fosse centralizada numa discussão neoliberal acerca da eficiência do sistema<sup>374</sup>.

### 3.2.2 Contrarreformas na saúde e desconstitucionalização do SUS

As contrarreformas reajustam a gestão estatal, flexibilizam direitos sociais, trabalhistas e outros constitucionalmente assegurados e privatizam o que for público, inclusive repassando verbas públicas para os setores privados.

Na saúde, a contrarreforma significa a própria destruição do SUS e do que se consolidou com a reforma sanitária. Constata-se essa proposta principalmente a partir dos chamados

<sup>371</sup> ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de. Desafios e lutas pela universalidade da saúde. In: CORREIA, Maria Valéria Costa (org.). **Política de saúde no Brasil e o fortalecimento do setor privado**: desmonte do SUS público, estatal e universal. Maceió: Edufal, 2018, p. 140-141.

<sup>372</sup> Esta última consta na PEC nº 451/2014, de Eduardo Cunha, atualmente em exame na Comissão de Constituição e Justiça e Cidadania da Câmara dos Deputados.

<sup>373</sup> SANTOS, Viviane Medeiros dos. A relação público *versus* privado na política de saúde: a contrarreforma no Estado e os modelos de gestão privatizantes no SUS. In: CORREIA, Maria Valéria Costa (org.). **Política de saúde no Brasil e o fortalecimento do setor privado**: desmonte do SUS público, estatal e universal. Maceió: Edufal, 2018, p. 44.

<sup>374</sup> ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de. *Op. Cit.*, p. 128-129.

“arranjos organizacionais flexíveis”<sup>375</sup> ou “novos modelos de gestão”<sup>376</sup>. Produtos do gerencialismo, seriam responsáveis por reunir, a partir do discurso de eficiência e reorganização da prestação de serviços, as alternativas mais eficazes para resolver os problemas da saúde pública, resultando no “repasso da gestão de políticas sociais para as modalidades de gestão não estatais, através dos contratos de gestão e parcerias”<sup>377</sup>, como as Organizações Sociais (Lei nº 9.637/1998), as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Lei nº 9.790/1999), as Parcerias Público-Privadas (Lei nº 11.079/2004) e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares e suas filiais (Lei nº 12.550/2011).

Criam-se regimes jurídicos “públicos não estatais”, ou instituições estatais com personalidade jurídica de direito privado com a finalidade de, por dentro do próprio Estado, se esquivar de regras da administração pública ainda vigentes<sup>378</sup>, reforçando a natureza excludente, seletiva e corrupta destes modelos<sup>379</sup>.

Dias Neto e Andreazzi, munidos de dados atuais, apontam que as OSs, por exemplo, reforçam o clientelismo e corrupção que a Constituição de 1988 buscou expurgar nas políticas sociais brasileiras<sup>380</sup>, visto que órgãos como o Tribunal de Contas da União, os Tribunais de Contas estaduais e os Ministérios Públicos têm apurado problemáticas referentes aos “gastos, às irregularidades e ao desvio de recursos públicos” de modelos já implementados em alguns estados e municípios brasileiros<sup>381</sup>.

A racionalidade neoliberal impõe a lógica de que o público está “atrelado a um serviço burocratizado, inoperante e ineficiente”, sendo o privado responsável por organizar tal dificuldade. Valéria Correia, entretanto, entende que foi estabelecida “uma relação de simbiose” entre os dois, isto é, uma nova forma que inclui o público não estatal no plano das políticas sociais, significando “que o Estado continua sendo o financiador e coordenador do serviço, não

---

<sup>375</sup> DIAS NETO, Carlos de Almeida. A agenda do Banco Mundial para a política de saúde brasileira: uma análise do documento “20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil”. In: CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros dos (orgs.). **Reforma Sanitária e Contrarreforma da Saúde**. Interesses do capital em curso. Maceió: Edufal, 2015, p. 62.

<sup>376</sup> Apesar do uso de tal terminologia, os modelos de gestão se assemelham ao que se adotou na ditadura civil-militar.

<sup>377</sup> DIAS NETO, Carlos de Almeida. *Op. Cit.*, p. 80.

<sup>378</sup> CORREIA, Maria Valéria Costa. Entre a reforma sanitária e o SUS: o interesse do capital na saúde. In: CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros dos (orgs.). **Reforma Sanitária e Contrarreforma da Saúde**. Interesses do capital em curso. Maceió: Edufal, 2015, p. 78.

<sup>379</sup> VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil**. Estratégias de bem-estar e políticas públicas. 3ª ed. Rio de Janeiro: Revan, 2011, p. 73.

<sup>380</sup> ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de. Desafios e lutas pela universalidade da saúde. In: CORREIA, Maria Valéria Costa (org.). **Política de saúde no Brasil e o fortalecimento do setor privado: desmonte do SUS público, estatal e universal**. Maceió: Edufal, 2018, p. 132-133.

<sup>381</sup> DIAS NETO, Carlos de Almeida. *Op. Cit.*, p. 80-81.

mais o executor, transferindo esta tarefa para a iniciativa privada”<sup>382</sup>. Essa transferência para um setor que retira o poder deliberativo da administração pública para um terceiro setor, – ou setor público não estatal –, resguardando a política de financiamento pública traduz o fenômeno da publicização<sup>383</sup>.

Ao atuar como viabilizador da política privada de saúde, por meio da concessão de anistias, subvenções, isenções fiscais, garantia de financiamento, o Estado serve também como “retaguarda para prestação dos serviços que o setor privado não tem interesse econômico, como a vigilância sanitária, epidemiológica, o serviço de transplante, dentre outros”<sup>384</sup>.

A expansão do privado por dentro do setor público é entendida como uma privatização não clássica<sup>385</sup>, que ocorre em consonância ao aprofundamento do subfinanciamento da saúde<sup>386</sup>. O gerencialismo aplicado à saúde pública, portanto, impede a concretização do SUS constitucional na

impessoalidade da administração pública, na medida em que os contratos de gestão entre o poder público e as organizações privadas são realizados fora das regras clássicas de licitação e a contratação de pessoal pode se dar através de seleção simplificada [aumentando os contratos precários dos trabalhadores da saúde]<sup>387</sup>.

O discurso da má gestão estatal – somado à necessidade premente de terceirizar a mão de obra ou privatizar o que for público, alegando maior eficiência a partir de uma suposta modernização, autonomia e flexibilização – não aprofunda, tampouco se propõe a analisar os verdadeiros problemas do SUS. Estes passam muito mais pela “não viabilização dos meios materiais necessários à efetivação do modelo de gestão público e universal, já assegurado na sua legislação” do que propriamente pelo modelo de gestão<sup>388</sup>. Inclusive, observa-se que estes modelos aprofundam a precarização que se quer combater.

<sup>382</sup> CORREIA, Maria Valéria Costa (org.). **Política de saúde no Brasil e o fortalecimento do setor privado: desmonte do SUS público, estatal e universal**. Maceió: Edufal, 2018, p. 16.

<sup>383</sup> BABILÔNIA, Lara Luísa Marques. “Terceiro setor” e publicização: nova dinâmica de formulação e implementação de políticas públicas em Uberlândia. In: SEMINÁRIO PPGS UFSCAR. **Anais**. São Carlos: UFSCAR, 2012. Disponível em: [https://iiiseminarioppgsufscar.files.wordpress.com/2012/04/babilc3b4nia\\_lara.pdf](https://iiiseminarioppgsufscar.files.wordpress.com/2012/04/babilc3b4nia_lara.pdf). Acesso em: 19 mar. 2019.

<sup>384</sup> CORREIA, Maria Valéria Costa (org.). *Op. Cit.*, p. 16.

<sup>385</sup> *Idem. Ibidem*, p. 25.

<sup>386</sup> SESTELO, José Antonio de Freitas; CARDOSO, Artur Monte; BRAGA, Ialê Falleiros; MATTOS, Leonardo Vidal; ANDRIETTA, Lucas Salvador. A financeirização das políticas sociais e da saúde no Brasil do século XXI: elementos para uma aproximação inicial. **Revista Economia e Sociedade**. Campinas, v. 26, p. 1097-1126, dez. 2017, p. 1120. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0104-06182017000401097&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-06182017000401097&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 11 dez. 2018.

<sup>387</sup> ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de. Desafios e lutas pela universalidade da saúde. In: CORREIA, Maria Valéria Costa (org.). **Política de saúde no Brasil e o fortalecimento do setor privado: desmonte do SUS público, estatal e universal**. Maceió: Edufal, 2018, p. 132-133.

<sup>388</sup> CORREIA, Maria Valéria Costa. Entre a reforma sanitária e o SUS: o interesse do capital na saúde. In: CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros dos (orgs.). **Reforma Sanitária e Contrarreforma da Saúde**. Interesses do capital em curso. Maceió: Edufal, 2015, pp. 84-85.

### 3.2.3 O papel do Banco Mundial no direcionamento das políticas públicas de saúde no Brasil e a prevalência da soberania dos mercados

Como já visto, a partir da década de 1980, o Fundo Monetário Internacional e Banco Mundial, na defesa do capital financeiro e legitimados pelo sistema da dívida, passaram a ditar reformas estruturantes que envolviam a prestação de direitos sociais aos países de capitalismo periférico<sup>389</sup>.

Foram elaborados documentos com diretrizes emitidas pelo Banco Mundial objetivando a execução da política de saúde no Brasil entre os quais cabe destacar:

Tabela 2 – Principais diretrizes do Banco Mundial à saúde pública brasileira

Documento	Ano
Saúde: documento de política setorial <sup>390</sup>	1975
Financiando os serviços de saúde nos países em desenvolvimento: uma agenda para a reforma	1987
Brasil: um novo desafio à saúde do adulto	1991
Relatório sobre o desenvolvimento mundial de 1993: investindo em saúde	1993
A organização, prestação e financiamento da saúde no Brasil: uma agenda para os anos 1990	1995
Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro – fortalecendo a qualidade dos investimentos públicos e da gestão de recursos	2007
20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil: uma análise do Sistema Único de Saúde	2013
Um ajuste justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil	2017
Propostas de reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro	2018

Fonte: Organizada pelo autor.

<sup>389</sup> CORREIA, Maria Valéria Costa. A saúde no contexto da crise contemporânea do capital: o Banco Mundial e as tendências da contra-reforma na política de saúde brasileira, p. 4. Disponível em: <http://files.adrianonascimento.webnode.com.br/200000178-6e4ac6f44f/Correia,%20Maria%20Val%C3%A9ria.%20O%20Banco%20Mundial%20e%20as%20tend%C3%Aancias%20da%20contra-reforma%20na%20pol%C3%ADtica%20de%20sa%C3%BAde%20brasileira.pdf>. Acesso em: 04 dez. 2018.

<sup>390</sup> Observa-se que este documento não foi especificamente direcionado ao Brasil, mas foi o primeiro a ser elaborado pelo Banco Mundial e que introduzia as primeiras diretrizes que viriam a ser reforçadas nos próximos documentos: “a quebra da universalidade do atendimento à saúde, a priorização da atenção básica, a utilização de mão-de-obra desqualificada para os procedimentos de atenção à saúde e simplificação dos mesmos, a seletividade e a focalização da atenção aos mais pobres”. *Idem. Ibidem*, p. 7.

É comum a esses arquivos o direcionamento ao atendimento das necessidades dos setores privados, “tais como escoamento das inovações tecnológicas de bens de saúde, o estímulo aos seguros de saúde e a facilitação dos arranjos, entre indústria e seguro”<sup>391</sup>. Portanto, têm uma razão de ser: (a) contribuir para o avanço do neoliberalismo; (b) mediar as próprias consequências do desastre social do ajuste estrutural, atribuindo uma face humanitária ao Banco Mundial, quando este se propõe a “ajudar” a resolver os problemas do “Terceiro Mundo” que ele mesmo contribuiu no aprofundamento e; (c) garantir a viabilidade da exploração mercantil da saúde<sup>392</sup>.

Para Rizzotto e Campos, as recomendações do Banco Mundial são direcionadas principalmente à “gestão do Estado, do financiamento e da relação com o mercado”, legitimadas pelo discurso da boa governança<sup>393</sup>. No sentido da pós-democracia neoliberal, a governança retira do Estado e dos governos a responsabilidade na garantia das políticas sociais “e desconsidera os interesses antagônicos em uma sociedade de classes e o poder de pressão que cada grupo exerce sobre os agentes estatais e sobre o uso dos fundos públicos”<sup>394</sup>.

Valéria Correia afirma que as medidas de contrarreforma propostas pela organização internacional ao Brasil criam tendências de aprofundamento da focalização e da descentralização da gestão federal para os estados e municípios

sem a contrapartida de recursos necessários a esse processo, e com a participação na esfera local de organizações não governamentais, filantrópicas, comunitárias e de empresas privadas à privatização, com o deslocamento de prestação de bens e serviços públicos para o setor privado que é regido pelo mercado<sup>395</sup>.

Além disso, a autora aponta que aparecem como tendências da contrarreforma na saúde brasileira: (a) o rompimento com a universalidade, com o oferecimento de um modelo assistencial e filantrópico centrado na atenção básica; (b) o aprofundamento na “flexibilização

<sup>391</sup> DIAS NETO, Carlos de Almeida. A agenda do Banco Mundial para a política de saúde brasileira: uma análise do documento “20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil”. In: CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros dos (orgs.). **Reforma Sanitária e Contrarreforma da Saúde**. Interesses do capital em curso. Maceió: Edufal, 2015, p. 62.

<sup>392</sup> RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. 2000. 260 páginas. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

<sup>393</sup> RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 25, n. 2, p. 263-276, 2016, p. 266. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902016000200263&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902016000200263&script=sci_abstract&lng=pt). Acesso em: 04 dez. 2018.

<sup>394</sup> *Idem. Ibidem*, p. 269.

<sup>395</sup> CORREIA, Maria Valéria Costa. A saúde no contexto da crise contemporânea do capital: o Banco Mundial e as tendências da contra-reforma na política de saúde brasileira, p. 6. Disponível em: <http://files.adrianonascimento.webnode.com.br/200000178-6e4ac6f44f/Correia,%20Maria%20Val%C3%A9ria.%20O%20Banco%20Mundial%20e%20as%20tend%C3%A2ncias%20da%20contra-reforma%20na%20pol%C3%ADtica%20de%20sa%C3%BAde%20brasileira.pdf>. Acesso em: 04 dez. 2018.

da gestão dentro da lógica custo/benefício” e de eficiência, a partir da adoção e utilização massificada do discurso de governança, dos novos modelos de gestão e a consequente privatização por dentro do setor público; (c) o “estímulo à ampliação do setor privado na oferta de serviços”<sup>396</sup>, com a desresponsabilização do Estado e transformação do cidadão em consumidor.

Maria Lucia Frizon Rizzotto e Gastão Wagner de Sousa Campos ressaltam que a atuação do Banco Mundial passou a ser exercida também nas esferas estaduais e municipais<sup>397</sup>, a partir da realização de contratos entre a instituição e governos ou prefeituras<sup>398</sup>. Este fenômeno pode ser explicado em razão do menor oferecimento de resistência pelos entes estaduais e municipais para aplicação de ajustes estruturais<sup>399</sup>.

Para a instituição internacional, “a saúde é considerada um bem de consumo e deve ser oferecida pelo mercado que, supostamente, melhor organizaria a produção, a distribuição e o consumo”. O Estado, na perspectiva do que se apresentou ao longo desse trabalho, deveria manter questões mínimas, a exemplo de “um aparato público reduzido que desenvolvesse ações tradicionais de saúde pública, controlando epidemias e riscos tendentes a desestruturar o mercado”<sup>400</sup>.

Pela dissonância entre o que propõe a seguridade social brasileira e o neoliberalismo, o SUS é alvo de críticas desde sua propositura e implementação, razão pela qual a visão flexibilizada da reforma sanitária ganha espaço moldando pautas e discursos progressistas para ampliar a inserção do privado. A ingerência do Banco Mundial na saúde pública brasileira na década de 1990 foi realizada na medida em que o país aderiu ao Consenso de Washington. As recomendações se mantêm com os mesmos objetivos de salvaguardar o mercado.

---

<sup>396</sup> CORREIA, Maria Valéria Costa. A saúde no contexto da crise contemporânea do capital: o Banco Mundial e as tendências da contra-reforma na política de saúde brasileira, p. 16-17. Disponível em: <http://files.adrianonascimento.webnode.com.br/200000178-6e4ac6f44f/Correia,%20Maria%20Val%C3%A9ria.%20O%20Banco%20Mundial%20e%20as%20tend%C3%Ancias%20da%20contra-reforma%20na%20pol%C3%ADtica%20de%20sa%C3%BAde%20brasileira.pdf>.

Acesso em: 04 dez. 2018.

<sup>397</sup> “Entre os 32 projetos aprovados pelo Banco para o setor de saúde brasileiro de 200 a 2015, apenas nove (28,2%) são do Governo Federal; a grande maioria (71,87%) são de instâncias subnacionais, majoritariamente estados da federação”. RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 25, n. 2, p. 263-276, 2016, p. 272. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902016000200263&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902016000200263&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 04 dez. 2018.

<sup>398</sup> *Idem. Ibidem*, p. 263.

<sup>399</sup> *Idem. Ibidem*, p. 274.

<sup>400</sup> RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 25, n. 2, p. 263-276, 2016, p. 264. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902016000200263&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902016000200263&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 04 dez. 2018.

A mensagem de que Brasil deu um passo maior, insustentável, ao criar o SUS é lugar comum a esses documentos e serve para desqualificar e legitimar o abismo existente entre o SUS real e o SUS constitucional<sup>401</sup>. Talita Fernandes reforça que os sistemas de saúde do Chile, da Colômbia e da Argentina foram, da mesma forma, visados por esses ajustes. A pesquisadora demonstra que a saúde tem se transformado numa grande indústria mercantil alimentada pela “produção global de misérias e endemias”, exigindo uma postura mais combativa e menos permissiva em relação a tais transformações<sup>402</sup>.

### 3.2.4 A impossibilidade de um “ajuste justo” neoliberal: breve análise da seção “Saúde: alternativas para oferecer mais e melhores serviços” (2017) e do documento “Propostas de reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro” (2018)

Em novembro de 2017, o Banco Mundial apresentou o relatório “Um ajuste justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil”, que indicava, no contexto pós golpe parlamentar de 2016, a necessidade da revisão das despesas públicas no país. Segundo a organização, o documento fora requisitado pelo governo Temer visando a execução de uma “análise aprofundada dos gastos [...], identificar alternativas para reduzir o déficit fiscal a um nível sustentável e, ao mesmo tempo, consolidar os ganhos sociais alcançados nas décadas anteriores”<sup>403</sup>.

No prefácio, o estudo atribui à rigidez constitucional o prejudicial engessamento de gastos, principalmente referentes à folha de pagamento e à previdência social, que dificultariam despesas discricionárias e investimentos a serem realizados pelo Estado<sup>404</sup>.

O panorama apresentado no Resumo Executivo proposto indica que o Brasil desperdiçou um valor acima do qual poderia gastar ao longo das duas últimas décadas, pondo em risco sua sustentabilidade fiscal. Portanto, seria imprescindível ao país recuperar a confiança

<sup>401</sup> RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 25, n. 2, p. 263-276, 2016, p. 268. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902016000200263&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902016000200263&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 04 dez. 2018.

<sup>402</sup> FERNANDES, Talita. O Banco Mundial e sua relação com as políticas de saúde. **Anais VII Jornada Internacional Políticas Públicas**. Para além da crise global: experiências e antecipações concretas. UFMA, 2015. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo1/o-banco-mundial-e-sua-relacao-com-as-politicas-de-saude.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2018.

<sup>403</sup> BANCO MUNDIAL. Um ajuste justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil. **Brasil: revisão das despesas públicas**. Volume I: Síntese. 2017, p. 1. Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/en/884871511196609355/Volume-I-s%C3%ADntese>. Acesso em: 05 dez. 2018.

<sup>404</sup> *Idem*. *Ibidem*, p. 1.

dos investidores nacionais e internacionais, evitando que haja uma nova “desvalorização da taxa de câmbio e aumento da inflação”, garantindo a estabilização fiscal e o investimento em infraestrutura<sup>405</sup>.

Foi nesse sentido que a atribuição do limite de gastos proporcionada pela Emenda Constitucional nº 95/2016 impulsionou a reorganização das finanças públicas, demandando um novo planejamento no qual a redução de gastos seria condição essencial à restauração do equilíbrio fiscal<sup>406</sup>.

Destaca-se a necessidade premente de realização das contrarreformas, que incluem mudanças legislativas, medidas de austeridade e focalização das políticas públicas (principalmente previdência, saúde e educação). Segundo a instituição,

as economias identificadas neste estudo exigirão alterações das atuais regras e rigidezes orçamentárias. As reformas descritas neste relatório supõem que tais regras e arranjos institucionais possam ser alterados. **Na verdade, a menos que tais mudanças ocorram, o Brasil não conseguirá observar o teto de gastos e superar os riscos associados à incipiente recuperação atual, retornando, ao invés disso, a uma crise fiscal e macroeconômica.** Algumas das medidas propostas podem ser atingidas sem mudanças na legislação, ao passo que outras exigiriam reformas mais complexas e abrangentes<sup>407</sup> [grifos nossos].

Para ilustrar a situação e criar uma situação de esgotamento, a análise ilustra o que se descreveu.

Figura 6 – Ilustração do Banco Mundial sobre a necessidade das (contra)reformas



Fonte: Banco Mundial

<sup>405</sup> BANCO MUNDIAL. Um ajuste justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil. **Brasil:** revisão das despesas públicas. Volume I: Síntese. 2017, p. 7. Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/en/884871511196609355/Volume-I-s%C3%ADntese>. Acesso em: 05 dez. 2018.

<sup>406</sup> *Idem. Ibidem*, p. 7-8.

<sup>407</sup> *Idem. Ibidem*, p. 14-15.

Os subtópicos da análise do Banco são destrinchados em: Desafios para a sustentabilidade fiscal no Brasil; Peso da folha do funcionalismo público; Compras públicas: planejamento e estratégias de licitações para eficiência fiscal; Previdência social: uma conta impagável; Programas de apoio ao mercado de trabalho e assistência social: integrar para melhorar; Saúde: alternativas para oferecer mais e melhores serviços; Gastar mais ou melhor? Eficiência e equidade da educação pública; Políticas de apoio ao setor privado dão retorno para a sociedade?.

Para a instituição, o crescimento econômico brasileiro apenas seria retomado quando houvesse “reformas estruturais, fiscais e setoriais”, orientadas por quatro aspectos: (a) “a recuperação da sustentabilidade fiscal e reconstrução de proteções fiscais”; (b) uma “prestação mais eficiente de serviços públicos”, na qual melhores resultados podem ser produzidos ainda que com menos recursos; (c) a “reformulação das políticas de apoio às empresas para fomentar investimento, emprego e aumento da produtividade” e; (d) o “aumento da equidade nas despesas públicas e na tributação”<sup>408</sup>.

As recomendações atinentes à saúde ressaltam a necessidade de reformas estratégicas que impliquem na redução de custos, mudanças na lógica da oferta de hospitais e escalas de serviço, por exemplo. O documento afirma que os municípios e os hospitais menores são mais ineficientes, gerando dispêndios orçamentários.

Se o Brasil equiparasse a eficiência de todos os municípios aos mais eficientes, o país poderia economizar aproximadamente R\$ 22 bilhões, ou 0,3% do PIB, no seu Sistema Único de Saúde (SUS) sem nenhum prejuízo ao nível dos serviços prestados, nem aos resultados de saúde. A eficiência média dos serviços primários de saúde é estimada em 63% (ou seja, uma ineficiência de 37%), ao passo que, para os serviços de saúde secundária e terciária (“atendimento hospitalar”), a eficiência média é muito baixa: 29% (ou seja, uma ineficiência de 71%). Isso significa que há escopo para melhorar consideravelmente a prestação de serviços utilizando o mesmo nível de recursos. Por outra perspectiva, esses resultados indicam que seria possível reduzir os gastos em 23% na saúde primária mantendo os níveis de resultados (o que implicaria uma potencial economia de R\$ 9,3 bilhões), e em 34% nos serviços hospitalares (o que geraria uma economia potencial de R\$ 12,7 bilhões)<sup>409</sup>.

Uma das formas de diminuição dos custos seria pela elevação de desempenho dos profissionais de saúde e satisfação da carência de médicos por profissionais de enfermagem que “realizassem consultas e prescrevessem certos medicamentos e exames em unidades de atendimento primário”, com o ajuste de normas nacionais<sup>410</sup>.

---

<sup>408</sup> BANCO MUNDIAL. Um ajuste justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil. **Brasil:** revisão das despesas públicas. Volume I: Síntese. 2017, p. 109. Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/en/884871511196609355/Volume-I-s%C3%ADntese>. Acesso em: 05 dez. 2018.

<sup>409</sup> *Idem. Ibidem*, p. 112.

<sup>410</sup> *Idem. Ibidem*, p. 115-116.

Sobre a relação público-privado, o documento defende a melhoria da “integração entre os sistemas [...] de forma a evitar a duplicidade de esforços, a competição pelos limitados recursos humanos, a escalada de custos e o aumento das injustiças”<sup>411</sup>.

Dentro do que se expôs até agora, há uma continuidade nas recomendações construídas desde a década de 1980 com o corte orçamentário e transformação progressiva do público num setor filantrópico. A análise realizada pelo Banco leva em consideração que o SUS não é eficiente, exigindo reformas profundas e que solucionem, além dessa questão, pontos relacionados à qualidade e eficácia da prestação do serviço de saúde no país.

Para tanto, aponta que cinco áreas devem ser enfocadas: (a) a adoção de modelos de gestão mais eficientes, que racionalizem recursos, prevendo a “redução do número de hospitais de pequeno porte” e “do gasto médio por leito”; (b) “o aumento da produtividade dos profissionais de saúde”, com o pagamento por desempenho; (c) “reforma dos sistemas de pagamento dos prestadores de serviços de saúde para melhor refletir os custos de serviços e focar nos resultados de saúde”; (d) melhora na integração “dos serviços diagnósticos, especializados e hospitalares, bem como os sistemas de contrarreferência” e a relação público-privado; (e) a “redução dos gastos tributários com saúde”<sup>412</sup>.

Amparado num suposto discurso de preocupação social, o documento pretende recrudescer o neoliberalismo em diversas frentes pertinentes aos direitos sociais no país. Parte da ilegítima EC nº 95 – que tem sua constitucionalidade questionada no Supremo Tribunal Federal (STF) – como verdade absoluta, sem questionar os efeitos a curto, médio ou longo prazo que a adoção desta causará. Ao afirmar que é possível enxugar e reduzir os gastos em áreas historicamente subfinanciadas como a saúde, deturpa a principiologia constitucional esboçada no início do capítulo, indicando que deveria ser modificada a Carta Magna.

Questiona-se o uso da palavra “eficiência” como sinônimo de redução de custos, enraizada numa visão de mecanismo de mercado e não como medida da eficácia do tratamento dos usuários. É certo que a valorização do dinheiro público é de extrema importância, para isso a existência de um financiamento estável, progressivo e abrangente que possibilite a existência de um SUS de qualidade é uma possível (e imprescindível) solução.

Em 2018, às vésperas da eleição presidencial, o Banco Mundial preparou outros documentos – tidos como “diagnósticos” direcionados aos candidatos e suas equipes

---

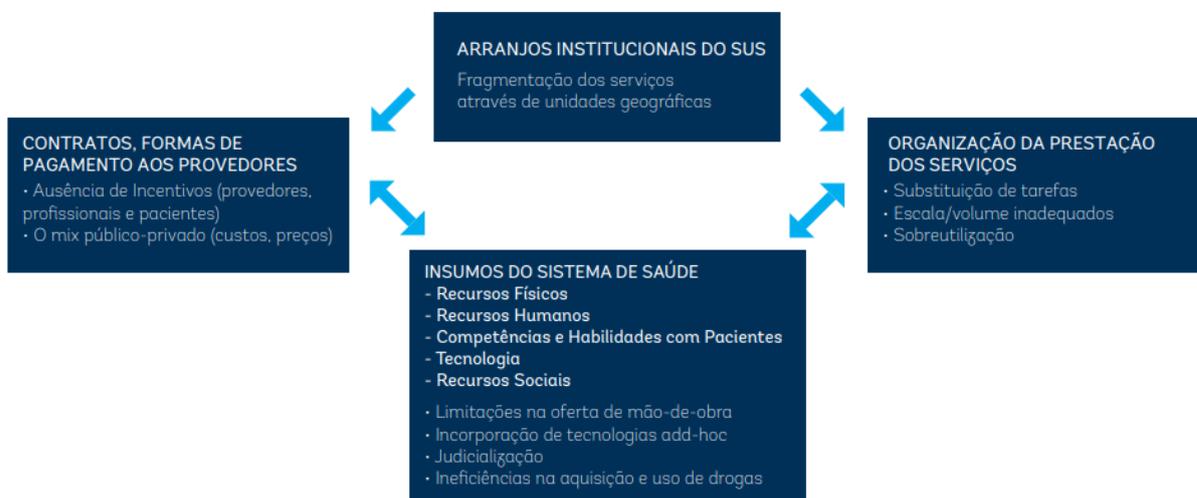
<sup>411</sup> BANCO MUNDIAL. Um ajuste justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil. **Brasil:** revisão das despesas públicas. Volume I: Síntese. 2017, p. 115. Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/en/884871511196609355/Volume-I-s%C3%ADntese>. Acesso em: 05 dez. 2018.

<sup>412</sup> *Idem*. *Ibidem*. p. 118-119.

econômicas – que retomavam antigas discussões cujas soluções seriam as contrarreformas. Destarte, 15 pontos foram sistematizados pela instituição internacional, a saber: estabilização e ajuste fiscal; sistema tributário; questões fiscais intergovernamentais; reforma da previdência; reforma do Estado; promovendo o crescimento sustentável da produtividade; mercados de crédito; infraestrutura: construindo a base para o crescimento; propostas para realinhar as políticas de educação; superando desafios da logística e do transporte no Brasil; mercado de trabalho, competências e inclusão produtiva; como enfrentar a epidemia de violência no Brasil; Sistema Único de Saúde; contribuições nacionalmente determinadas; e, por fim, gestão e segurança dos recursos hídricos<sup>413</sup>.

Como não poderia deixar de ser, o documento “Propostas de reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro” reforça o que havia sido exposto no relatório de 2017, trazendo a necessidade de garantia de equilíbrio das contas públicas, eficiência e racionalização da gestão<sup>414</sup>. Apesar de reconhecer a restrição de recursos, a proposta atribui a baixa eficiência, principalmente, ao grande número de pequenos hospitais (fragmentação), a distribuição e desempenho da força de trabalho, bem como aos contratos celebrados, conforme se observa no infográfico abaixo<sup>415</sup>.

Figura 7 – Determinantes da ineficiência do SUS de acordo com o Banco Mundial



Fonte: Banco Mundial

<sup>413</sup> BANCO MUNDIAL. Notas de políticas públicas. Por um ajuste justo com crescimento compartilhado. **The World Bank**, 23 ago. 2018. Disponível em: <http://www.worldbank.org/pt/country/brazil/brief/brazil-policy-notes>. Acesso em: 04 abr. 2019.

<sup>414</sup> BANCO MUNDIAL. **Propostas de reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro**. 2018, p. 4. Disponível em: <http://pubdocs.worldbank.org/en/545231536093524589/Propostas-de-Reformas-do-SUS.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2019.

<sup>415</sup> *Idem. Ibidem*, p. 6.

A título de “recomendações de política”, o Banco Mundial propôs aos candidatos dez recomendações<sup>416</sup> que visavam o crescimento da eficiência, efetividade, qualidade e sustentabilidade dos serviços prestados pelo SUS, observando-se a necessidade de reformas periódicas. Por mais bem-intencionado que esse discurso possa parecer, constata-se, mais uma vez, que está em consonância à racionalidade neoliberal, cuja prestação de serviço adequada é medida a partir dos benefícios econômicos e não sociais.

A título exemplificativo, destaca-se a recomendação 5, que discute a necessidade de aumento na autonomia, flexibilidade e eficiência dos provedores e “formuladores de política”, que têm sua capacidade limitada pela rigidez dos modelos legislativos e de administração pública<sup>417</sup>. Sem dados comprobatórios, o relatório indica que na hipótese de determinação de um meio de regulamentação, “há fortes evidências de que os hospitais que funcionam com gestão autônoma, tais como a das Organizações Sociais em Saúde (OSS) têm melhor desempenho do que os que estão sob administração pública direta”<sup>418</sup>.

Importa frisar que o documento se encontra atualmente em discussão na Câmara dos Deputados, mais especificamente, na Comissão da Seguridade Social e Família.

---

<sup>416</sup> Implantar redes integradas de atenção à saúde; melhorar a coordenação com sistemas de saúde suplementar; expandir e fortalecer a cobertura da APS (atenção primária à saúde); racionalizar a oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares; aperfeiçoar os arranjos de governança e gestão para aumentar a autonomia, a flexibilidade e a eficiência dos provedores; fazer respeitar a função de *gatekeeper* da APS por meio da introdução de incentivos aos provedores dos cuidados e aos pacientes; introduzir itinerários de atenção/diretrizes clínicas baseadas em evidências; definir um pacote de benefícios a ser coberto pelo SUS; reformar o pagamento aos prestadores para premiar qualidade, resultados e produtividade; o financiamento “segue” os pacientes.

<sup>417</sup> BANCO MUNDIAL. **Propostas de reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro**. 2018, p. 12. Disponível em: <http://pubdocs.worldbank.org/en/545231536093524589/Propostas-de-Reformas-do-SUS.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2019.

<sup>418</sup> A utilização das Organizações Sociais representa uma faceta da publicização e terceirização do serviço de saúde, dificultando o controle sobre os contratos, participação popular, critérios de classificação das entidades e financeiro, o que culmina na apropriação do setor privado sobre os gastos públicos. BORBA, Daniel. **Estado empresarial e reforma gerencial: uma análise da precarização vertical e horizontal das relações de trabalho na Administração Pública brasileira**. 2018. 171 páginas. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Direito de Alagoas, Universidade Federal de Alagoas, Maceió.

#### 4 FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA E DIRECIONAMENTO DE RECURSOS NO ESTADO NEOLIBERAL: AS INTENÇÕES DA CONSTITUINTE SOTERRADAS PELO NOVO REGIME FISCAL

*A proteção aos mais vulneráveis sempre pode caber no Orçamento, mas o genocídio jamais caberá na civilização. Enquanto a insustentabilidade do sistema previdenciário em meio à elevação da expectativa de vida for vista pela maioria como mais dramática do que a insustentabilidade de um sistema penitenciário em meio à produção de um número cada vez maior de excluídos, estaremos condenados à barbárie<sup>419</sup>.*

Diante do que propõe a saúde pública brasileira, questiona-se se seria possível viabilizar o que foi originariamente positivado. Nesse sentido, a arrecadação de tributos e o planejamento financeiro são essenciais à consecução das necessidades públicas de um Estado, evidenciando-se a importante articulação entre direito tributário e financeiro<sup>420</sup>.

Elementos que num primeiro momento são naturalizados na leitura do texto constitucional, a exemplo da coexistência dos sistemas público e privado sem a definida vinculação de recursos para o primeiro setor, representam deliberados impasses ao desenvolvimento do SUS, com repercussões tanto financeiras como na efetivação do direito à saúde, que, por conseguinte, implicam no subfinanciamento crônico, no fortalecimento da saúde suplementar e no aprofundamento do *mix* público-privado.

As incertezas quanto à arrecadação e destinação orçamentárias, agravadas pelo novo regime fiscal, vilipendiam cotidianamente o que dispõe a Constituição. O capítulo a seguir pretende discutir a efetividade do direito à saúde a partir do que dispõe sua legislação, com especial observância ao regime de financiamento, imprescindível à criação e manutenção de políticas públicas. Observados no tripé desenvolvido por Antunes, a financeirização e o neoliberalismo aparecem como elementos-guias da análise.

O primeiro item do capítulo apresenta a situação e as prioridades orçamentárias do estado brasileiro no que tange à política pública de saúde, destacando as principais modificações ao longo dos 30 anos de SUS, representadas, principalmente, pelas questionáveis Emendas Constitucionais que buscavam alterar disposições orçamentárias e observando o estabelecimento de uma linha de aproximação entre o privado e o financiamento público.

No segundo item, propõe-se uma reflexão mais acurada sobre o movimento de precarização do sentido público da saúde, agenciado pelo Estado, e sua consequente

<sup>419</sup> CARVALHO, Laura. **Valsa brasileira**. Do boom ao caos econômico. São Paulo: Todavia, 2018, p. 160.

<sup>420</sup> IVO, Gabriel. Direito tributário e orçamento público. In: SCHOUERI, Luís Eduardo (coord.). **Direito tributário**. Homenagem a Paulo de Barros Carvalho. São Paulo: Quartier Latin, 2008, p. 881.

mercantilização, estabelecendo uma ligação direta com o que foi discutido nos capítulos anteriores.

#### 4.1 SUBFINANCIAMENTO E “DANÇA DAS FONTES”: CRISE (PRODUZIDA) NA SAÚDE

Efetivar direitos possui custos, pois até a mera defesa e manutenção de liberdades individuais, por exemplo, demanda que haja um mínimo a ser destinado ao conjunto das instituições<sup>421</sup>. No centro do orçamento público estão as “ações positivas que o Estado deve tomar”, exigindo-se uma prestação do ente público e a consequente previsão da respectiva despesa. Desse raciocínio, não se escapa a noção negativa dos direitos, que mesmo exigindo abstenções, gera um gasto estatal<sup>422</sup>.

Considerando-se o equilíbrio entre receitas e despesas, o orçamento público é o responsável por viabilizar a ação do ente federativo, em que cada despesa prevista deve possuir correspondente financiamento. Não se trata apenas de uma peça autorizativa, mas instrumento legislativo impositivo e legítimo à realização da atividade estatal, respaldada nas escolhas políticas e no aparato constitucional correspondente<sup>423</sup>.

Acredita-se que o orçamento é “uma arena de embate político de diferentes sujeitos que interferem na origem e no destino de recursos em função de interesses de classes e grupos sociais”<sup>424</sup>, por essa razão, a estabilização do financiamento da saúde aparece como um dos principais desafios a serem solucionados no pós ditadura.

Superando a visão exclusivamente declaratória dos direitos relacionados à seguridade social, a Constituição Federal prevê a realização destes a partir de uma garantia financeira mínima, descrita principalmente nos artigos 195 (de forma geral) e 198 (especificamente sobre a saúde).

De acordo com Aith, o tripé formado pela saúde, previdência e assistência social é, por si só, “extremamente engenhoso e de difícil e custoso financiamento”<sup>425</sup>. Não significa que o

---

<sup>421</sup> SCAFF, Fernando Facury. Direito à saúde e os tribunais. Parte II. *In*: NUNES, António José Avelãs; SCAFF, Fernando Facury. **Os tribunais e o direito à saúde**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2011, p. 80.

<sup>422</sup> CHRISTOPOLOUS, Basile. **Despesa Pública**. Estrutura, função e controle judicial. Maceió: Edufal, 2011, p. 37.

<sup>423</sup> IVO, Gabriel. Direito tributário e orçamento público. *In*: SCHOUERI, Luís Eduardo (coord.). **Direito tributário**. Homenagem a Paulo de Barros Carvalho. São Paulo: Quartier Latin, 2008, p. 886.

<sup>424</sup> CONCEIÇÃO, Tainá Souza; CISLAGHI, Juliana Fiúza; TEIXEIRA, Sandra Oliveira. O financiamento da saúde no Brasil: principais dilemas. **Temporais**. Brasília, ano 12, n. 23, p. 97-124, jan./jul. 2012, p. 98. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/2927/2832>. Acesso em: 20 mar. 2019.

<sup>425</sup> AITH, Fernando. **Direito à saúde e democracia sanitária**. São Paulo: Quartier Latin, 2017, p. 82.

constituinte errou ou exagerou ao criar tamanha proteção social, uma vez que esta se encontra em plena consonância com o restante do ordenamento jurídico e seu compromisso com a dignidade da pessoa humana, mas que o Estado deve atentar e seguir os parâmetros financeiros e orçamentários previstos para garantir a viabilidade do sistema.

Não houve cumprimento da previsão constitucional de financiamento do SUS, dos benefícios da previdência e assistência social. Estima-se que caso houvesse cumprimento na íntegra da disposição transitória da Constituição (artigo 55 do ADCT), que dispunha acerca da destinação de 30% dos recursos do Orçamento da Seguridade Social para a saúde, o SUS teria ao seu dispor, em 2016, um orçamento 2,5 vezes maior do que o que foi previsto para aquele ano<sup>426</sup>. Constata-se, em verdade, que os recursos da Seguridade Social são transferidos e aplicados para outros fins<sup>427</sup>.

O artigo 195 da CF define que “a seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta” a partir de recursos advindos dos entes federativos e de contribuições sociais ali listadas, podendo outras fontes serem criadas por lei complementar (§4º).

Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais:

I – do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre:

a) a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício;

b) a receita ou o faturamento;

c) o lucro;

II – do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral de previdência social que trata o art. 201;

III – sobre a receita de concursos de prognósticos.

IV – do importador de bens ou serviços do exterior, ou de quem a lei a ele equiparar.

A partir do dever do Estado à prestação de ações e serviços de saúde, o artigo 198 compõe o cerne do financiamento do SUS e seu §1º indica que o orçamento da seguridade social contido no art. 195 financiará o supramencionado sistema a nível de todos os entes federativos, possibilitando ainda a existência de outras fontes.

<sup>426</sup> COMPARATO, Fábio Konder; TORRES, Heleno Taveira; PINTO, Élide Graziane; SARLET, Ingo Wolfgang. Financiamento dos direitos à saúde e à educação: mínimos inegociáveis. **ConJur**, 27 jul. 2016. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2016-jul-27/financiamento-direitos-saude-educacao-minimos-inegociaveis>. Acesso em: 07 dez. 2018.

<sup>427</sup> SESTELO, José Antonio de Freitas; CARDOSO, Artur Monte; BRAGA, Ialê Falleiros; MATTOS, Leonardo Vidal; ANDRIETTA, Lucas Salvador. A financeirização das políticas sociais e da saúde no Brasil do século XXI: elementos para uma aproximação inicial. **Revista Economia e Sociedade**. Campinas, v. 26, p. 1097-1126, dez. 2017, p. 1113. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0104-06182017000401097&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-06182017000401097&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 11 dez. 2018.

Quanto à legislação infraconstitucional, o artigo 32 da Lei nº 8.080/1990 considera outras fontes de recursos do SUS: (a) “serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde”; (b) “ajuda, contribuições, doações e donativos”; (c) “alienações patrimoniais e de rendimentos de capital”; (d) “taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”; e (e) “rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais”. Compõem ainda o Fundo Nacional de Saúde, 45% dos recursos do Seguro Obrigatório de Veículos Automotores Terrestres (DPVAT), de acordo com o artigo 1º, I, do Decreto nº 2.867/1998.

Com a escolha de diversas fontes de recursos, conclui-se que a intenção do legislador era atribuir estabilidade ao orçamento, reduzindo-se a dependência às mudanças econômicas<sup>428</sup>. Todavia, durante muito tempo inexistiu definição de fonte específica para saúde, previdência e assistência social, o que era realizado em cada exercício fiscal pela Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)<sup>429</sup>. Houve então a necessidade de criação de fontes alternativas de saúde frente à sobrevalorização dos gastos previdenciários, além da utilização destes recursos para finalidades que não diziam respeito à seguridade social, a exemplo dos Encargos Previdenciários da União (EPUs) e da discutível vinculação de receitas da Seguridade Social ao Fundo Social de Emergência (FSE) em 1994.

Carlos Octávio Ocké-Reis explica que a “dança das fontes” diz respeito à falta de vontade política em garantir adequação e regularidade no volume do financiamento, visto que na saúde sempre foi residual e sem qualquer estabilidade. A criação da CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira) é um exemplo básico da inexistência de elevação de recursos ou estabilidade, o que contribuiu com sua extinção mais adiante<sup>430</sup>.

A insuficiência do financiamento público repercute na formação dos vínculos entre o público e o privado, reforçando a gestão focalizada e filantrópica, cada vez mais distante das políticas públicas consistentes<sup>431</sup>. Tainá Souza Conceição, Juliana Fiúza Cislighi e Sandra Oliveira Teixeira afirmam que a partir da década de 1990 se operou “uma lógica perversa na alocação do fundo público no Brasil” que culminou no aumento da privatização dos direitos

<sup>428</sup> CONCEIÇÃO, Tainá Souza; CISLAGHI, Juliana Fiúza; TEIXEIRA, Sandra Oliveira. O financiamento da saúde no Brasil: principais dilemas. **Temporais**. Brasília, ano 12, n. 23, p. 97-124, jan./jul. 2012, p. 101. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/2927/2832>. Acesso em: 20 mar. 2019.

<sup>429</sup> OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **SUS: o desafio de ser único**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016, p. 38.

<sup>430</sup> *Idem. Ibidem*, p. 41-43.

<sup>431</sup> SESTELO, José Antonio de Freitas; CARDOSO, Artur Monte; BRAGA, Ialê Falleiros; MATTOS, Leonardo Vidal; ANDRIETTA, Lucas Salvador. A financeirização das políticas sociais e da saúde no Brasil do século XXI: elementos para uma aproximação inicial. **Revista Economia e Sociedade**. Campinas, v. 26, p. 1097-1126, dez. 2017, p. 1110. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0104-06182017000401097&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-06182017000401097&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 11 dez. 2018.

sociais e no subfinanciamento das políticas públicas, tornando o Estado brasileiro um “Robin Hood às avessas”<sup>432</sup>.

Ante o exposto, a criação do SUS não foi suficiente para o rompimento das “interconexões entre o financiamento público e o movimento de capitalização da medicina nos anos 1960 e 1970”, o que se pode constatar pelo “padrão de gasto, as formas de financiamento, bem como as articulações entre movimentos dos governos e das políticas fiscais e creditícias”<sup>433</sup>.

Foram muitas as mudanças constitucionais realizadas no art. 198. Se em 1988, possuía apenas o parágrafo único indicando que “o sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”, atualmente o supramencionado artigo possui seis novos parágrafos, acrescentados por quatro Emendas Constitucionais em 2000, 2006, 2010 e 2015.

Havia uma discussão em aberto pouco enfrentada pela Constituinte: “a participação mínima de cada ente federado no financiamento das ações e serviços de saúde”<sup>434</sup>. O texto da CF se omitiu na atribuição de um percentual mínimo para a aplicação obrigatória de recursos na saúde. Não foi editada lei complementar conforme previa o art. 195, § 4º da Constituição, inexistindo lista de requisitos para o uso destes recursos em ações e serviços que garantissem o direito<sup>435</sup>.

A existência e permanência de indefinições na área do financiamento colaborou na formação de diversos entraves práticos na realidade do SUS, entre eles o subfinanciamento, que traz impactos diretos no acesso à saúde, impossibilitando o repasse de recursos e fomentando cortes em programas de controle de doenças transmissíveis, vacinação, controle de endemias, vigilância epidemiológica, entre outros. Fernando Facury Scaff denuncia que o direito financeiro

---

<sup>432</sup> CONCEIÇÃO, Tainá Souza; CISLAGHI, Juliana Fiúza; TEIXEIRA, Sandra Oliveira. O financiamento da saúde no Brasil: principais dilemas. **Temporais**. Brasília, ano 12, n. 23, p. 97-124, jan./jul. 2012, p. 102-103. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/2927/2832>. Acesso em: 20 mar. 2019.

<sup>433</sup> SESTELO, José Antonio de Freitas; CARDOSO, Artur Monte; BRAGA, Ialê Falleiros; MATTOS, Leonardo Vidal; ANDRIETTA, Lucas Salvador. A financeirização das políticas sociais e da saúde no Brasil do século XXI: elementos para uma aproximação inicial. **Revista Economia e Sociedade**. Campinas, v. 26, p. 1097-1126, dez. 2017, p. 1116-1117. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0104-06182017000401097&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-06182017000401097&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 11 dez. 2018.

<sup>434</sup> CONOF/CD. **Regulamentação da Emenda Constitucional Nº 29, de 2000**. Piso constitucional de aplicação em saúde. Análise das principais inovações trazidas pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamentou a Emenda Constitucional nº 29, de 2000. Nota Técnica nº 014, de 2012, p. 6. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/estudos/2012/nt14.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2018.

<sup>435</sup> LAZZARI, João Batista. Fontes de financiamento do Sistema Único de Saúde. **Revista de Direito Sanitário**. São Paulo, v. 4, n. 1, p. 75-84, mar. 2003, p. 76-77. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/82420>. Acesso em: 06 fev. 2018.

tem atuado como “um machado a cortar os direitos sociais”, principalmente no caso da saúde pública<sup>436</sup>.

Estudiosos da saúde pública defendem que, apesar da relevância para a população brasileira, há um processo de precarização e sucateamento do SUS, deliberado e decorrente de

um subfinanciamento crônico por parte dos Poderes Públicos, do abandono de uma política de pessoal séria para o setor, da elaboração de inúmeras normas administrativas restritivas do livre acesso do cidadão ao sistema público de saúde, da restrição para a realização de concursos públicos, da contratação contínua e reiterada de trabalhadores pela Administração Pública por meio de contratos temporários de trabalho para o setor, do sucateamento das Universidades Públicas de Saúde, do aviltamento da política salarial, da pulverização da gestão do SUS, do afastamento da responsabilidade da autoridade pública sanitária pela gestão pública do SUS, da terceirização do sistema, da publicização<sup>437</sup>.

A discussão acerca do agravamento do que se expõe acima ganha maior proporção a partir da implementação das medidas orçamentárias com características neoliberais no Brasil, as quais serão analisadas a seguir.

#### 4.2 AS EMENDAS CONSTITUCIONAIS AO ARTIGO 198 DA CF: INCERTEZAS NO ORÇAMENTO DA SAÚDE

A EC nº 29/2000 foi responsável por transformar o originariamente parágrafo único do art. 198 em primeiro, adicionando, ainda, dois novos parágrafos ao texto constitucional. A nova redação propõe, no §2º, incisos II e III, a aplicação de um montante mínimo para o cálculo das fontes de custeio anuais destinadas à saúde, que seriam: (a) para os Estados e Distrito Federal, “o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea *a*, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios” e; (b) para os Municípios e o Distrito Federal: “o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea *b* e § 3º”. No caso da União, haveria uma Lei Complementar responsável por estabelecer a base de cálculo (art. 198, §2º, I).

Já no §3º, enuncia-se que uma lei complementar, a ser reavaliada pelo menos a cada cinco anos, é responsável por estabelecer: (a) os percentuais referentes ao parágrafo anterior; (b) “os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao

<sup>436</sup> SCAFF, Fernando Facury. Direito à saúde pública vem sendo atacado pelo Direito Financeiro. **ConJur**, 18 abr. 2017. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2017-abr-18/contas-vista-direito-saude-publica-ven-sendo-atacado-direito-financeiro>. Acesso em: 07 dez. 2018.

<sup>437</sup> SOARES, Wladimir Tadeu Baptista. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), Sistema Único de Saúde (SUS) e Autonomia Universitária**. 2016. 110 páginas. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Justiça Administrativa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, p. 59.

Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais”; (c) “as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal” e; (d) “as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União”.

Até que fosse editada a Lei Complementar mencionada, a EC acrescentou ao ADCT o artigo 77, que passou a indicar:

Art. 77. Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:

I – no caso da União:

a) no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999, acrescido de, no mínimo, cinco por cento;

b) do ano de 2001 ao ano de 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB;

II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, doze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que se tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;

III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os artigos 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º<sup>438</sup>.

Apesar da relevante contribuição no sentido de criar uma trava financeira que impedisse a regressividade nos investimentos em saúde no caso de PIB negativo<sup>439</sup> (art. 77, I, a), após a vigência da referida EC, não foi estabelecido completo sentido ao artigo em análise, uma vez que a emenda não estabeleceu “a origem dos recursos e foi omissa em relação ao percentual de cada política na seguridade, ignorando a existência de disputa nesse âmbito”<sup>440</sup>.

Áquilas Mendes e José Alexandre Buso Weiller pontuam que o tensionamento existente no financiamento do SUS não deixou de ser intenso após a nova redação legislativa<sup>441</sup>. Criticam a EC porque lida com “um método conflitante de cálculo para aplicação dos recursos da União, isto é, o valor apurado no ano anterior corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB)” e pela ausência de elucidação da origem dos recursos da Seguridade Social<sup>442</sup>. Ainda

<sup>438</sup> CONOF/CD. **Regulamentação da Emenda Constitucional N° 29, de 2000**. Piso constitucional de aplicação em saúde. Análise das principais inovações trazidas pela Lei Complementar n° 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamentou a Emenda Constitucional n° 29, de 2000. Nota Técnica n° 014, de 2012, p. 6. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/estudos/2012/nt14.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2018.

<sup>439</sup> SCAFF, Fernando Facury. STF deve estar alerta para o financiamento da saúde pública no Brasil. **ConJur**, 16 maio 2017. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2017-mai-16/contas-vista-stf-estar-alerta-financiamento-saude-publica>. Acesso em: 07 dez. 2018.

<sup>440</sup> CONCEIÇÃO, Tainá Souza; CISLAGHI, Juliana Fiúza; TEIXEIRA, Sandra Oliveira. O financiamento da saúde no Brasil: principais dilemas. **Temporais**. Brasília, ano 12, n. 23, p. 97-124, jan./jul. 2012, p. 102-103. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/2927/2832>. Acesso em: 20 mar. 2019.

<sup>441</sup> MENDES, Áquilas; WEILLER, José Alexandre Buso. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. **Revista Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 491-505, abr/jun. 2015, p. 492. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00491.pdf>. Acesso em: 06 out. 2018.

<sup>442</sup> *Idem*. *Ibidem*, p. 494.

assim, os autores denunciam a ausência de previsão de novos recursos financeiros e da regulamentação da renúncia fiscal na nova lei, o que acabou por não solucionar “o problema da insuficiência de recursos da saúde por parte do governo federal, manteve o método de cálculo conflitante para a aplicação dos seus recursos”<sup>443</sup>.

À época de indeterminação legislativa, Scaff criticou severamente o fato de que dez anos após a EC 29 ter sido promulgada, não havia edição da Lei Complementar descrita no art. 198, §2º<sup>444</sup>. A morosidade do legislador trouxe prejuízos à população porque “deixa os entes federativos sem a fixação do que deve ser entendido como ‘gasto em saúde’ e sem limites mínimos permanentes de fonte de custeio para garantir financeiramente esse importante direito social”<sup>445</sup>. Conceição, Cislighi e Teixeira afirmam que, apesar da Resolução nº 322 do Conselho Nacional de Saúde – como já visto, uma das formas de manifestação da soberania popular – ter estabelecido o que eram despesas de ações e serviços de saúde, os entes federais consideravam outros gastos como “saneamento básico, merenda escolar, pagamento de inativos”, o que para as autoras consistia numa flagrante burla à EC nº 29<sup>446</sup>.

Apesar de prever as porcentagens referentes aos valores mínimos a serem destinados para a saúde até o ano de 2004, a primeira Lei Complementar (de nº 141/2012) surgiu doze anos após a citada EC, atribuindo as atividades que deveriam ser abarcadas na concepção de ações e serviços de saúde, sendo prorrogada a vigência do art. 77 do ADCT e mantidas “divergências profundas e diversas rotas de esvaziamento do alcance protetivo do dever de gasto mínimo em ações e serviços de saúde”<sup>447</sup>. A legislação mencionada dispõe:

Art. 5º A **União** aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, **o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB)** ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.

[...]

§ 2º Em caso de variação negativa do PIB, o valor de que trata o caput não poderá ser reduzido, em termos nominais, de um exercício financeiro para o outro.

Art. 6º Os **Estados e o Distrito Federal** aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, **no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos**

<sup>443</sup> MENDES, Áquilas; WEILLER, José Alexandre Buso. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. **Revista Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 491-505, abr/jun. 2015, p. 492-494. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00491.pdf>. Acesso em: 06 out. 2018.

<sup>444</sup> SCAFF, Fernando Facury. Direito à saúde e os tribunais. Parte II. *In*: NUNES, Antônio José Avelãs; SCAFF, Fernando Facury. **Os tribunais e o direito à saúde**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, p. 85-86.

<sup>445</sup> *Idem. Ibidem*, p. 85-86.

<sup>446</sup> CONCEIÇÃO, Tainá Souza; CISLAGHI, Juliana Fiúza; TEIXEIRA, Sandra Oliveira. O financiamento da saúde no Brasil: principais dilemas. **Temporais**. Brasília, ano 12, n. 23, p. 97-124, jan./jul. 2012, p. 110. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/2927/2832>. Acesso em: 20 mar. 2019.

<sup>447</sup> STF. ADI nº 5.595. Medida Cautelar. Relator: Min. Ricardo Lewandowski, p. 16. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/decisao-saude-lewa.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2018.

a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

Art. 7º Os **Municípios e o Distrito Federal** aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, **no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos** a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea “b” do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal [grifos nossos].

No Governo Temer, diante do cenário de processo de impeachment da Presidenta Dilma Rousseff e auge da Operação Lava Jato, o então Presidente da Câmara dos Deputados, Eduardo Cunha, promulgou a Emenda nº 86/2015. Conhecida como “Emenda do Orçamento Impositivo”, definia que o valor mínimo a ser gasto pela União seria de 15% da receita corrente líquida (art. 198, I) a partir de 2021, criando uma fórmula progressiva na qual:

Art. 2º O disposto no inciso I do § 2º do art. 198 da Constituição Federal será cumprido progressivamente, garantidos, no mínimo:

I - **13,2%** (treze inteiros e dois décimos por cento) da receita corrente líquida **no primeiro exercício financeiro subsequente** ao da promulgação desta Emenda Constitucional;

II - **13,7%** (treze inteiros e sete décimos por cento) da receita corrente líquida **no segundo exercício financeiro subsequente** ao da promulgação desta Emenda Constitucional;

III - **14,1%** (quatorze inteiros e um décimo por cento) da receita corrente líquida **no terceiro exercício financeiro subsequente** ao da promulgação desta Emenda Constitucional;

IV - **14,5%** (quatorze inteiros e cinco décimos por cento) da receita corrente líquida **no quarto exercício financeiro subsequente** ao da promulgação desta Emenda Constitucional;

V - **15%** (quinze por cento) da receita corrente líquida **no quinto exercício financeiro subsequente** ao da promulgação desta Emenda Constitucional [grifos nossos].

Apesar da fixação de porcentagens mínimas a serem disponibilizadas para a saúde pública parecer uma atitude fiscal responsável, a vinculação realizada pela EC nº 86 representou um retrocesso, pois trocou a conexão ao PIB pela receita corrente líquida, além de criar uma situação *sui generis* de “progressividade temporal”, representando o que Scaff ousa chamar de “passa-moleque” no texto constitucional ao rebaixar o valor mínimo<sup>448</sup>.

O Ministério Público Federal comprova a queda do orçamento mínimo em saúde ao demonstrar que, no ano de 2015, “a aplicação mínima federal em ações e serviços públicos de saúde correspondeu a 14,8% da receita da corrente líquida da União”, valor a ser reduzido para 13,2% em 2016, o que representa a perda de aproximadamente R\$ 10 bilhões de reais no custeio

<sup>448</sup> SCAFF, Fernando Facury. STF deve estar alerta para o financiamento da saúde pública no Brasil. **ConJur**, 16 maio 2017. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2017-mai-16/contas-vista-stf-estar-alerta-financiamento-saude-publica>. Acesso em: 07 dez. 2018.

da saúde pública<sup>449</sup>. Estimava-se que, de 2015 a 2017, o SUS deixasse de receber 20 bilhões de reais a menos do que deveria<sup>450</sup>. Recorde-se que a própria Constituição e o artigo 5º da Lei Complementar nº 141 vedam a redução nos valores nominais destinados ao SUS, ainda que haja variação negativa no PIB<sup>451</sup>.

O artigo 3º da Emenda prevê que ao invés de ser “um acréscimo aos montantes mínimos previstos na Constituição” conforme dispõe a Lei nº 12.858/2013<sup>452</sup>, a fatia da União “no valor dos *royalties* do petróleo seria utilizada para esse cômputo”<sup>453</sup>.

É imprescindível relatar a experiência significativa de participação popular do “Saúde+10” estabelecido no Projeto de Lei Complementar nº 321/2013, que buscava vincular 10% das receitas correntes brutas da União para o financiamento da saúde e teve 2,2 milhões de assinaturas. Com a aprovação da EC nº 86, o projeto de origem popular foi arquivado.

#### 4.3 AS EMENDAS (IN)CONSTITUCIONAIS Nº 86/2015 E Nº 95/2016: O NOVO (E ULTRALIBERAL) REGIME FISCAL APLICADO À SAÚDE PÚBLICA

Ao desconsiderar as intencionalidades da Carta Política de 1988, o novo regime fiscal é representado pela EC nº 95/2016, que modificou o ADCT, justificado a partir da necessidade de um suposto equilíbrio fiscal condicionado aos cortes e congelamento de gastos no período de vinte anos<sup>454</sup>, revogando-se expressamente<sup>455</sup> o artigo 2º da EC nº 86.

---

<sup>449</sup> STF. ADI nº 5.595. Petição Inicial, p. 15. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/geral/verPdfPaginado.asp?id=11707861&tipo=TP&descricao=ADI%2F5595>. Acesso em: 07 dez. 2018.

<sup>450</sup> *Idem. Ibidem*, p. 19.

<sup>451</sup> *Idem. Ibidem*, p. 23.

<sup>452</sup> “Art. 4º Os recursos destinados para as áreas de educação e saúde na forma do art. 2º serão aplicados em acréscimo ao mínimo obrigatório previsto na Constituição Federal”.

<sup>453</sup> SCAFF, Fernando Facury. Direito à saúde pública vem sendo atacado pelo Direito Financeiro. **ConJur**, 18 abr. 2017. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2017-abr-18/contas-vista-direito-saude-publica-ven-endo-atacado-direito-financeiro>. Acesso em: 07 dez. 2018.

<sup>454</sup> Quando em tramitação, a “referida proposta foi alvo de intensos protestos pela sociedade civil, sendo a causa de greves e ocupações estudantis que ocorreram nas escolas [no maior levante secundarista da história da América Latina] e universidades públicas de todo o país, o que não impediu, contudo, sua aprovação, eis que não se tratou de medida de iniciativa de um governo preocupado com sua popularidade e legitimidade. Além da ausência de diálogo com a sociedade civil, os protestos foram motivados pela oposição a um discurso oficial falacioso da necessidade de um novo regime fiscal, por meio da limitação de gastos e investimentos públicos, especialmente nos serviços de natureza social, como única medida capaz de retomar o crescimento da economia, que teria sucumbido diante de um suposto comportamento fiscal irresponsável do governo anterior”. MARIANO, Cynara Monteiro. Emenda Constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. **Revista de Investigações Constitucionais**. Curitiba, v. 4, n. 1, p. 259-281, jan/abr. 2017, p. 259. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/rinc/article/view/50289>. Acesso em: 06 fev. 2018.

<sup>455</sup> Pelo artigo 3º da EC nº 95.

Na contramão de um estudo pormenorizado acerca do envelhecimento e aumento da população, a EC nº 95 impossibilita “o crescimento das despesas totais e reais do governo acima da inflação”, propondo um congelamento, inclusive, em caso de bonança econômica, destoante do que reflete o ordenamento constitucional do país.

A autonomia da plataforma governamental durante este período resta ameaçada mediante a inviabilidade orçamentária estatal, porque “somente será possível aumentar os investimentos em uma área desde que sejam feitos cortes em outras”<sup>456</sup>.

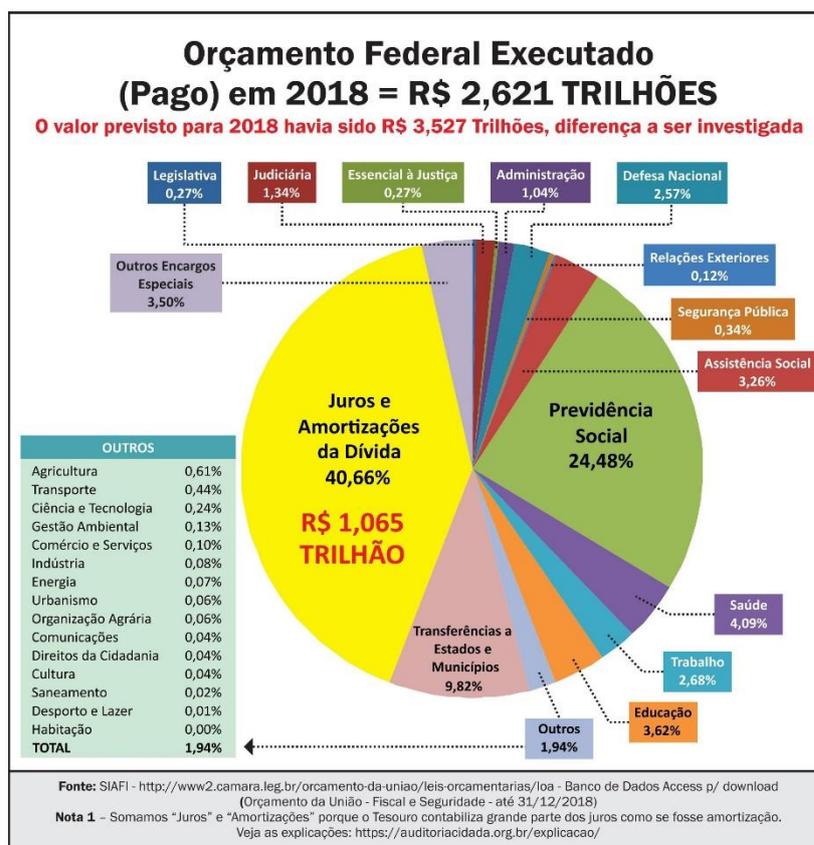
Cynara Monteiro Mariano relaciona o novo modelo fiscal à busca do tripé superávit primário, meta inflacionária e câmbio flutuante como equivalente à responsabilidade fiscal, que representam os objetivos a serem alcançados pelas economias periféricas na divisão internacional do trabalho, nos parâmetros demonstrados no Capítulo 2 deste estudo<sup>457</sup>. O gráfico elaborado pela Auditoria Cidadã da Dívida Pública acerca do orçamento federal executado em 2018 contrasta a relação atualmente existente entre a preocupação com a “saúde financeira” do Estado e a saúde de seus cidadãos.

---

<sup>456</sup> MARIANO, Cynara Monteiro. Emenda Constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. **Revista de Investigações Constitucionais**. Curitiba, v. 4, n. 1, p. 259-281, jan/abr. 2017, p. 261. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/rinc/article/view/50289>. Acesso em: 06 fev. 2018.

<sup>457</sup> “Superávit primário nada mais é do que o dinheiro que o governo consegue economizar, ou seja, é aquilo que ele gasta (em despesas que não são financeiras) a menos do que arrecada, destinando o saldo remanescente para pagar os juros ou amortizações da dívida pública. Esse dado passou a ser um verdadeiro fetiche da política econômica neoliberal, pois ele traduz o risco de um governo dar calote na dívida ou não<sup>457</sup>. [...] Exemplifique-se com o problema da dívida pública externa brasileira, cujo pagamento de juros e amortizações resulta em quase 50% da arrecadação do Tesouro Nacional ano a ano, levando a sociedade brasileira a remunerar credores e investidores estrangeiros, cuja identidade não é conhecida, e que detêm a maior parcela do estoque da dívida (mais de 62%)”. *Idem. Ibidem*, p. 267.

Figura 8 – Orçamento federal executado em 2018



Fonte: Auditoria Cidadã da Dívida Pública

No caso da educação e da saúde, o ano-base para o cálculo do teto foi 2017, iniciando-se o congelamento em 2018. De acordo com um estudo de François Bourguignon, “o teto dos gastos públicos brasileiros, em médio prazo, deve reduzir as despesas do Estado em torno de 13% do Produto Interno Bruto (PIB)<sup>458</sup>, o que é nível, segundo ele, de países africanos”<sup>459</sup>.

Imperioso destacar que, entre outras modificações, a EC nº 95 acrescentou ao ADCT o artigo 110:

Art. 110. Na vigência do Novo Regime Fiscal, as aplicações mínimas em ações e serviços públicos de saúde e em manutenção e desenvolvimento do ensino equivalerão:

I - no exercício de 2017, às aplicações mínimas calculadas nos termos do inciso I do § 2º do art. 198 e do *caput* do art. 212, da Constituição Federal; e

<sup>458</sup> Laura Carvalho afirma que “se o PIB brasileiro crescer nos próximos vinte anos no ritmo dos anos 1980 e 1990, a PEC [agora EC] do teto de gastos, se mantida, nos levará a um percentual de gastos públicos em relação ao PIB da ordem de 40% para 25%, o patamar semelhante ao verificado em Burkina Faso ou no Afeganistão. E, se crescermos às taxas mais altas que figuraram nos anos 2000, o percentual será ainda menor, da ordem de 19%, o que nos aproximará de países como o Camboja e Camarões”. CARVALHO, Laura. **Valsa brasileira**. Do boom ao caos econômico. São Paulo: Todavia, 2018, p. 159.

<sup>459</sup> OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Renúncia de arrecadação fiscal em saúde no Brasil: eliminar, reduzir ou focalizar? In: IPEA. **Brasil em desenvolvimento 2014**. Estado, planejamento e políticas públicas. V. 1. Brasília: Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2014, pp. 268-269. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/3586>. Acesso em: 06 out. 2018.

II - nos exercícios posteriores, aos valores calculados para as aplicações mínimas do exercício imediatamente anterior, corrigidos na forma estabelecida pelo inciso II do § 1º do art. 107 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias [grifos nossos].

Ocorre, entretanto, que em 2016 e 2017, o orçamento público em saúde já se encontrava prejudicado em face dos subpisos representados pelos “percentuais transitórios” previstos pela EC nº 86, que criaram um patamar mais rebaixado a ser atualizado ao longo dos 20 anos de vigência do novo regime fiscal. Scaff aduz que se a EC nº 95 revogou a de nº 86, o gasto “com as políticas de saúde no percentual de 15% da receita corrente líquida da União”, deveria ser retomado, considerando que havia um déficit de 2,5 bilhões de reais para atingir “o limite constitucionalmente determinado”<sup>460</sup>.

O valor inferior de piso de gastos se tornou teto, corrigido apenas por índices inflacionários e não pelo crescimento econômico. Rebaixou-se o patamar mínimo de custeio da saúde pública, responsável por garantir nas últimas décadas um mínimo de dignidade ao cidadão brasileiro<sup>461</sup>.

A Constitucionalidade das duas Emendas em análise é questionada em ações distintas: ADI nº 5.595 e nº 5.658, tendo sido proferida decisão monocrática na primeira em que foi reconhecida a inconstitucionalidade dos artigos 2º e 3º da EC nº 86.

Diante dos argumentos apresentados na seção anterior, o Ministério Público Federal, requerente na ADI nº 5.595, pugnou pela inconstitucionalidade dos artigos 2º e 3º da EC nº 86 por atentarem de forma direta contra direitos constitucionais, a exemplo “à vida e à saúde (arts. 5º, *caput*; 6º e 196 a 198, *caput* e §1º)”, e contra os princípios “da vedação de retrocesso social (art. 1º, *caput* e III)” e “do devido processo legal substantivo (art. 5º, LIV)”, atingindo cláusulas pétreas resguardadas pelo artigo 60, §4º, IV da Carta Maior<sup>462</sup>.

Em agosto de 2017, tendo em vista o primeiro fator de inconstitucionalidade da Emenda, a decisão monocrática do Ministro Ricardo Lewandowski ressalta a existência dos cortes consideráveis nos anos de 2015 e 2016 na saúde.

Anoto, por oportuno, os valores nominais alocados no orçamento da União para saúde desde 2011:

2011 – R\$ 71 bilhões
2012 – R\$ 91,7 bilhões
2013 – R\$ 99,8 bilhões

<sup>460</sup> SCAFF, Fernando Facury. STF deve estar alerta para o financiamento da saúde pública no Brasil. **ConJur**, 16 maio 2017. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2017-mai-16/contas-vista-stf-estar-alerta-financiamento-saude-publica>. Acesso em: 07 dez. 2018.

<sup>461</sup> *Idem*. Direito à saúde pública vem sendo atacado pelo Direito Financeiro. **ConJur**, 18 abr. 2017. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2017-abr-18/contas-vista-direito-saude-publica-vem-sendo-atacado-direito-financeiro>. Acesso em: 07 dez. 2018.

<sup>462</sup> STF. ADI nº 5.595. Petição Inicial, pp. 3-4. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/geral/verPdfPaginado.asp?id=11707861&tipo=TP&descricao=ADI%2F5595>. Acesso em: 07 dez. 2018.

2014 – R\$ 106 bilhões

**2015 – R\$ 91,5 bilhões (corte de 11,7 bi em relação à 2014)**

**2016 – R\$ 88,9 bilhões (necessidade de corte de 2,5 bi em relação à 2015)** [grifos nossos]<sup>463</sup>.

Para o decisor,

a ocorrência de reforma constitucional que vise ao aprimoramento dos direitos e garantias fundamentais é medida desejável de atualização dos fins e preceitos da CF, mas alterações que impliquem retrocesso no estágio de proteção por eles alcançados, não são admissíveis, ainda que a pretexto de limites orçamentários-financeiros<sup>464</sup>.

O Ministro ressalta que caso a progressividade fosse mesmo o objetivo a ser atingido pela Emenda, a proposta popular do Saúde+10 seria adotada e não os subpisos mencionados pelo artigo 2º, declarado inconstitucional. Por mais que se possa argumentar que representem “retrocessos transitórios”, somados ao artigo 3º, aprofundam o quadro de subfinanciamento já demonstrado, trazendo impactos diretos à realização do direito à saúde e à vida da população brasileira.

Por esta razão Lewandowski decidiu pelo reconhecimento da inconstitucionalidade dos artigos por compreender que há uma

falta de justificativa hábil acerca da existência de eventuais medidas compensatórias, bem como a ausência de comprovação expressa que indique a proporcionalidade e a obediência ao princípio da segurança jurídica na imposição de subpisos, marcados pelo risco da regressividade em face do regime anterior dado pela EC 29/2000, e da perda do caráter de fonte adicional de receitas para os recursos oriundos da exploração do petróleo e gás<sup>465</sup>.

O Magistrado se preocupa em estabelecer uma ligação entre a EC nº 86 e a nº 95, que, como apontado, revogou parte daquela. Não haveria perda do objeto, pois o patamar mínimo que serviu de referencial para a nova Emenda Constitucional foi declarado inconstitucional<sup>466</sup>. Scaff reforça o entendimento ao afirmar que “deve-se recompor o valor que foi destinado à área de saúde no ano de 2016, a fim de que atinja o montante de 15% da receita corrente líquida da União [que permanece constitucional, pois previsto no art. 1º da EC] naquele ano”<sup>467</sup>.

Tão (ou mais) complexa que a discussão acima é a referente à Constitucionalidade da EC nº 95. A proposta aprovada modifica, a partir do financiamento, a forma de prestação de

<sup>463</sup> STF. ADI nº 5.595. Medida cautelar. Relator: Min. Ricardo Lewandowski, p. 24. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/decisao-saude-lewa.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2018.

<sup>464</sup> *Idem. Ibidem*, p. 25.

<sup>465</sup> *Idem. Ibidem*, p. 28.

<sup>466</sup> *Idem. Ibidem*, p. 29-30.

<sup>467</sup> SCAFF, Fernando Facury. Emenda orçamentária 86 foi declarada inconstitucional. E daí? **ConJur**, 5 set. 2017. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2017-set-05/contas-vista-emenda-orcamentaria-86-foi-declarada-inconstitucional-dai>. Acesso em: 07 dez. 2018.

direitos sociais no país, apresentando bem mais que mero plano de ajuste, e sim “um projeto de longo prazo de desmonte do Estado de bem-estar social brasileiro”<sup>468</sup>.

Laura Carvalho argumenta que a emenda constitucional representa o “abandono do princípio básico que norteou essas vinculações desde 1934”, prevendo o aumento da receita para a realização “dos níveis adequados de qualidade na provisão de educação e saúde públicas”<sup>469</sup>.

Encontra-se sob análise do STF uma ADI, de nº 5.658, atualmente conclusa para a Relatora Min. Rosa Weber, que argui a inconstitucionalidade da EC nº 95, tendo como principais pedidos:

(e.1) seja declarada a inconstitucionalidade da expressão “a partir do décimo exercício da vigência do Novo Regime Fiscal” constante do artigo 108, caput, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias;

(e.2) seja **declarada a inconstitucionalidade do artigo 110 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias**;

(e.3) se confira interpretação conforme ao artigo 107 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, de modo a se excluam de seu âmbito de incidência os gastos com educação e saúde;

(e.4) se confira interpretação conforme ao artigo 113 do ADCT de modo a se fixar a interpretação segundo a qual a elaboração e a divulgação de “estimativa de impacto orçamentário e financeiro” deve necessariamente preceder também a edição de decretos editados pelo Executivo para reduzir as alíquotas de tributos extrafiscais<sup>470</sup> [grifos nossos].

Proposta pelo Partido Democrático Trabalhista (PDT), a ADI tem como *Amici Curiae* o Instituto de Direito Sanitário Aplicado, o Instituto Campanha Nacional pelo Direito à Educação, o Centro de Defesa da Criança e do Adolescente do Ceará, a Sociedade Brasileira de Bioética, a União Nacional dos Estudantes, a Defensoria Pública da União, o Sindicato dos Especialistas de Educação do Ensino Público Municipal, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, o Instituto Alana (de proteção ao direito da criança e de adolescentes), o Sindicato de Servidores das Justiças Federais no Estado do Rio de Janeiro, o Sindicato dos Servidores do Poder Judiciário e do Ministério Público da União em Mato Grosso do Sul, o Sindicato de Servidores do Poder Judiciário Federal no Estado do Espírito Santo, o Sindicato dos Trabalhadores do Poder Judiciário Federal em São Paulo e o CONECTAS Direitos Humanos.

Cabe ressaltar que a ADI foi distribuída para a Min. Rosa Weber em razão da ADI nº 5.633 já estar em análise por este gabinete. Originária da Associação dos Magistrados

<sup>468</sup> CARVALHO, Laura. **Valsa brasileira**. Do boom ao caos econômico. São Paulo: Todavia, 2018, p. 122.

<sup>469</sup> *Idem*. *Ibidem*, p. 121-122.

<sup>470</sup> STF. ADI nº 5.658. Petição Inicial, p. 63-64. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/estfvisualizadorpub/jsp/consultarprocessoeletronico/ConsultarProcessoEletronico.jsf?seqobjetoincidente=5132872>. Acesso em: 07 dez. 2018.

Brasileiros, Associação Nacional dos Magistrados da Justiça do Trabalho e Associação dos Juízes Federais do Brasil, questiona a constitucionalidade dos artigos 101 a 104 do ADCT, acrescentados pela mesma emenda.

#### 4.4 DESVINCULAÇÃO DE RECEITAS DA UNIÃO (DRU), CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS E (DES)ORGANIZAÇÃO DO ORÇAMENTO

Apesar da nomenclatura ter origem com a Emenda Constitucional nº 27/2000, a DRU é resultado evolutivo da criação do Fundo Social de Emergência (FSE), do governo de Itamar Franco (EC nº 01/1994), e do Fundo de Estabilização Fiscal (FEF), de Fernando Henrique Cardoso (EC nº 10/1996). Estes mecanismos objetivavam, de maneira provisória, garantir a “maleabilidade e governabilidade” nas atividades financeiras do Executivo Federal<sup>471</sup>, permitindo que “o governo utilize parte das receitas vinculadas para qualquer finalidade”<sup>472</sup>.

Criada no desenrolar do Plano Real a DRU pretendia a desvinculação de 20% da arrecadação de impostos e contribuições sociais da União entre os anos de 2000 e 2003, nos termos do *caput* do artigo 76 do ADCT. Na época, o artigo estava redigido da seguinte maneira:

Art. 76. É desvinculado de órgão, fundo ou despesa, no período de 2000 a 2003, vinte por cento da arrecadação de impostos e contribuições sociais da União, já instituídos ou que vierem a ser criados no referido período, seus adicionais e respectivos acréscimos legais.

O mecanismo segue prorrogado por sucessivas emendas até 2023. A EC nº 93/2016, “em uma das primeiras ações do governo Michel Temer”<sup>473</sup>, aumentou para 30% a porcentagem a ser desvinculada de contribuições sociais, impostos, taxas e multas, observando exceções contidas em seus incisos. Nesse sentido, a nova redação do artigo contém:

Art. 76. São desvinculados de órgão, fundo ou despesa, até 31 de dezembro de 2023, 30% (trinta por cento) da arrecadação da União relativa às contribuições sociais, sem prejuízo do pagamento das despesas do Regime Geral da Previdência Social, às contribuições de intervenção no domínio econômico e às taxas, já instituídas ou que vierem a ser criadas até a referida data.  
[...]

Art. 76-A. São desvinculados de órgão, fundo ou despesa, até 31 de dezembro de 2023, 30% (trinta por cento) das receitas dos Estados e do Distrito Federal relativas a

<sup>471</sup> ALVES, Raquel de Andrade Vieira. A “nova” Desvinculação de Receitas da União e o pacto federativo. **Conjur**, 15 set. 2016. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2016-set-15/raquel-alves-dru-pacto-federativo>. Acesso em: 06 fev. 2018.

<sup>472</sup> SESTELO, José Antonio de Freitas; CARDOSO, Artur Monte; BRAGA, Ialê Falleiros; MATTOS, Leonardo Vidal; ANDRIETTA, Lucas Salvador. A financeirização das políticas sociais e da saúde no Brasil do século XXI: elementos para uma aproximação inicial. **Revista Economia e Sociedade**. Campinas, v. 26, p. 1097-1126, dez. 2017, p. 1113. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0104-06182017000401097&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-06182017000401097&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 11 dez. 2018.

<sup>473</sup> *Idem*. *Ibidem*, p. 1113.

impostos, taxas e multas, já instituídos ou que vierem a ser criados até a referida data, seus adicionais e respectivos acréscimos legais, e outras receitas correntes.

Parágrafo único. Excetuam-se da desvinculação de que trata o caput:

I - recursos destinados ao financiamento das ações e serviços públicos de saúde e à manutenção e desenvolvimento do ensino de que tratam, respectivamente, os incisos II e III do § 2º do art. 198 e o art. 212 da Constituição Federal;

II - receitas que pertencem aos Municípios decorrentes de transferências previstas na Constituição Federal;

III - receitas de contribuições previdenciárias e de assistência à saúde dos servidores;

IV - demais transferências obrigatórias e voluntárias entre entes da Federação com destinação especificada em lei;

[...]

O parágrafo único do artigo 76-B acrescenta:

excetuam-se da desvinculação de que trata o caput: [...] II - receitas de contribuições previdenciárias e de assistência à saúde dos servidores; III - transferências obrigatórias e voluntárias entre entes da Federação com destinação especificada em lei [...].

As exceções apareceram como forma de tornar o aumento da porcentagem mais palatável. Porém, mediante a insegurança jurídica que permeia o financiamento dos direitos sociais, são fortalecidos um regime fiscal e uma política econômica que privilegiam o endividamento público via pagamento dos juros e amortizações da dívida pública, aprofundando a financeirização do capital internacional especulativo, em detrimento da aplicabilidade dos mandamentos constitucionais originários e soberanos, atingindo diretamente o direito à seguridade social<sup>474</sup>.

Se as contribuições sociais possuem destinação financeira e o texto constitucional é minimamente vinculativo, a DRU modifica o “perfil jurídico de parte das contribuições instituídas, para permitir a livre utilização de sua arrecadação”, atingindo diretamente a organização federativa na divisão de receitas<sup>475</sup> e ampliando a margem de discricionariedade da União<sup>476</sup>.

#### 4.5 RENÚNCIA FISCAL NA ARRECADAÇÃO EM SAÚDE

Apesar dos ideais neoliberais de “autorregulação do mercado” possibilitarem a formação de oligopólios de planos de saúde<sup>477</sup> e, por conseguinte, o aumento de gastos na cesta

<sup>474</sup> ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de. Desafios e lutas pela universalidade da saúde. *In*: CORREIA, Maria Valéria Costa (org.). **Política de saúde no Brasil e o fortalecimento do setor privado**: desmonte do SUS público, estatal e universal. Maceió: Edufal, 2018, p. 132.

<sup>475</sup> ALVES, Raquel de Andrade Vieira. A “nova” Desvinculação de Receitas da União e o pacto federativo. **Conjur**, 15 set. 2016. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2016-set-15/raquel-alves-dru-pacto-federativo>. Acesso em: 06 fev. 2018.

<sup>476</sup> CHRISTOPOLOUS, Basile. **Despesa Pública**. Estrutura, função e controle judicial. Maceió: Edufal, 2011, p. 97.

<sup>477</sup> “Entre 2007 e 2012, o número de clientes da principal empresa do grupo, a Amil Assistência Médica Internacional, aumentou de 1.222.617 para 3.496.774. No entanto, a ampliação do capital foi bastante superior ao

do consumidor brasileiro, parte do financiamento do setor privado de saúde é realizado pelo próprio Estado, por meio das renúncias fiscais e desonerações tributárias.

Além das arrecadações, o sistema tributário é composto pelas desonerações<sup>478</sup>, conceituadas pela Receita Federal como “todas e quaisquer situações que promovam presunções creditícias, isenções, anistias, redução de alíquotas, deduções, abatimentos e diferimentos de obrigações de natureza tributária”, ao qual a renúncia constitui uma espécie<sup>479</sup>.

De acordo com o órgão governamental, o estímulo à desoneração tributária possui diversas funções, entre as quais “simplificar e/ou diminuir os custos da administração”, “promover a equidade”, “corrigir desvios”, “compensar os gastos realizados pelos contribuintes com os serviços não atendidos pelo governo”, compensar ações complementares às funções típicas de Estado desenvolvidas por entidades civis”, “promover a equalização das rendas entre regiões”, e/ou “incentivar determinado setor da economia”<sup>480</sup>.

A renúncia fiscal é considerada um gasto tributário indireto, atuando como uma exceção no sistema tributário porque o Estado deixa de arrecadar. O caráter do gasto indireto pode ser: (a) compensatório, diante da inexistência de atendimento estatal adequado à população; ou (b) incentivador, na hipótese do estímulo ao desenvolvimento de um setor da economia ou região geográfica<sup>481</sup>.

O reconhecimento de um gasto tributário indireto deve ser feito a partir de dois requisitos: primeiro, a existência de norma jurídica que compõe exceção ao sistema tributário; segundo, que objetive a realização de um fim semelhante ao de um gasto público direto. Nesse sentido,

---

incremento do número de contratos. Em 2012, a Amil foi comprada pela UnitedHeath, a empresa foi avaliada em R\$ 10 bilhões ou US\$ 6,4 bilhões, e o pagamento correspondeu a 60% do capital de propriedade dos controladores e R\$ 3,4 bilhões pelas ações na Bovespa”. SESTELO, José Antonio de Freitas; CARDOSO, Artur Monte; BRAGA, Ialê Falleiros; MATTOS, Leonardo Vidal; ANDRIETTA, Lucas Salvador. A financeirização das políticas sociais e da saúde no Brasil do século XXI: elementos para uma aproximação inicial. **Revista Economia e Sociedade**. Campinas, v. 26, p. 1097-1126, dez. 2017, p. 1119. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0104-06182017000401097&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-06182017000401097&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 11 dez. 2018.

<sup>478</sup> É importante não confundir o conceito de desoneração tributária, aqui apresentado, com o de desoneração na folha de pagamento, também concebido como forma de incentivo governamental e viabilizado pela Lei nº 12.546/2014 que “possibilita a 56 setores da economia (incluindo indústrias de medicamentos e fármacos) desonerar parte de suas contribuições fiscais”. ALVES, Pâmela Karoline Lins. A ampliação da saúde suplementar com apoio estatal: incentivos, desonerações e subsídios do Estado brasileiro. *In*: CORREIA, Maria Valéria Costa (org.). **Política de saúde no Brasil e o fortalecimento do setor privado: desmonte do SUS público, estatal e universal**. Maceió: Edufal, 2018, p. 109.

<sup>479</sup> RECEITA FEDERAL. **Demonstrativo dos Gastos Tributários**. PLOA 2017. Brasília: Ministério da Fazenda, 2016, p. 7. Disponível em: <http://idg.receita.fazenda.gov.br/dados/receitadata/renuncia-fiscal/previsoes-ploa/dgt-ploa-2017-versao-1-1.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2017.

<sup>480</sup> *Idem*. *Ibidem*, p. 7.

<sup>481</sup> *Idem*. *Ibidem*, p. 10.

o gasto tributário indireto deve ser uma renúncia tributária que conjuga dois elementos: (i) uma norma jurídica que represente um desvio ao sistema tributário de referência e que possua (ii) um caráter semelhante ao do gasto público direto, mas que se vale da forma indireta, representativa da perda de arrecadação tributária potencial em favor de uma disponibilidade econômica dos contribuintes, que não foram obrigados a recolher o tributo alvo da medida<sup>482</sup>.

Por meio da renúncia, o Estado, titular do crédito tributário, retira a obrigação do sujeito passivo da relação<sup>483</sup>. Questiona-se, entretanto, se tal intervenção estatal seria a mais legítima e efetiva para a concretização de direitos.

A nível da União, o Demonstrativo de Gastos Tributários (DGT) é o documento que apresenta os “demonstrativos dos benefícios tributários”, dispostos a partir das regiões brasileiras e qualificados “por função orçamentária e por tributo”<sup>484</sup>. Celso de Barros Correia Neto elucida que a publicação anual do “Demonstrativo dos Gastos Governamentais Indiretos de Natureza Tributária – Gastos Tributários”, segue disposição do “§6º do art. 165, da Constituição Federal, e ao inciso II do art. 5º da Lei Complementar n. 101, de 2000”<sup>485</sup>.

O mecanismo da renúncia fiscal é utilizado pelas democracias no mundo, “seja como parte integrante do orçamento público, seja com o relatório auxiliar, e cuidaram de estabelecer instrumentos voltados a estimar seu impacto fiscal”<sup>486</sup>. Estima-se o gasto tributário de R\$ 306,40 bilhões de reais para o ano de 2019, “representando 4,12% do Produto Interno Bruto e 21,05% das receitas administradas pela Receita Federal Brasileira”, um aumento expressivo se comparado aos dois anos anteriores, “uma elevação nominal de 8,10% em relação” à 2018<sup>487</sup>. 83,57% desses gastos estão localizados nos setores de comércio e serviço (28,37%), trabalho (13,80%), saúde (13,49%), indústria (12,32%) e agricultura (10,83%)<sup>488</sup>.

<sup>482</sup> ANDRADE, José Maria Arruda de. Existe, realmente, um aumento estrondoso de renúncias tributárias? **Conjur**, 20 dez. 2015. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2015-dez-20/estado-economia-existe-realmente-aumento-estrondoso-renuncias-tributarias>. Acesso em: 06 out. 2018.

<sup>483</sup> CORREIA NETO, Celso de Barros. **O avesso do tributo: incentivos e renúncias fiscais no direito brasileiro**. 2012. 271 páginas. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito do Largo do São Francisco, Universidade de São Paulo, São Paulo, p. 132.

<sup>484</sup> ANDRADE, José Maria Arruda de. *Op. Cit.*

<sup>485</sup> CORREIA NETO, Celso de Barros. *Op. Cit.*, p. 126.

<sup>486</sup> *Idem. Ibidem*, p. 129.

<sup>487</sup> Em 2018, o valor previsto era de 283,45 bilhões de reais e em 2017, 284,85 bilhões de reais. No ano de 2018, “78,3% desses gastos estão localizados nos setores de comércio e serviço (29,49%), trabalho (15,31%), saúde (13,77%); indústria (11,26%) e a agricultura (9,47%). RECEITA FEDERAL. **Demonstrativo dos Gastos Tributários**. PLOA 2018. Brasília: Ministério da Fazenda, 2017, p. 71-72. Disponível em: <http://idg.receita.fazenda.gov.br/dados/receitadata/renuncia-fiscal/previsoes-ploa/arquivos-e-imagens/texto-dgt-ploa-2018-arquivo-final-para-publicacao.pdf/view>. Acesso em: 11 dez. 2018.

<sup>488</sup> RECEITA FEDERAL. **Demonstrativo dos Gastos Tributários**. PLOA 2019. Brasília: Ministério da Fazenda, 2018, p. 49-50. Disponível em: <http://receita.economia.gov.br/dados/receitadata/renuncia-fiscal/previsoes-ploa/arquivos-e-imagens/dgt-ploa-2019.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2019.

Frisa-se que, nos anos anteriores, é observada a ampliação das bases efetivas da renúncia fiscal quando contrastadas com os valores projetados, ou seja, a renúncia fiscal é superior à prevista pelo DGT. Diante da ausência de transparência nas informações acerca do assunto, predomina a progressiva inviabilização do controle social dos gastos tributários efetivos<sup>489</sup>. Pâmela Karoline Lins Carvalho relata que 14,4 bilhões de reais foram renunciados na área de saúde em 2014, o que significava aproximadamente 29% do orçamento previsto para aquele ano<sup>490</sup>.

Parte do *caput* do art. 14 da Lei de Responsabilidade Fiscal (nº 101/2000) aponta que a estimativa do impacto orçamentário-financeiro deve acompanhar “a concessão ou ampliação de incentivo ou benefício de natureza tributária da qual decorra renúncia de receita”, “no exercício em que deva iniciar sua vigência e nos dois seguintes”.

Na visão de Laura Carvalho, a política de renúncias adotada é questionável diante do seu custo elevado ao Estado e aos cidadãos, bem como a ausência de critérios em sua execução. Para a economista, mais do que uma necessidade econômica comum, existem setores específicos que possuem uma política de desoneração mais forte pela “influência de grupos do alto poder econômico sobre o poder público, por meio de instrumentos legais ou ilegais”, o que seria, por exemplo, o caso da saúde<sup>491</sup>.

Quanto ao cabimento, a renúncia fiscal pode ser prevista em âmbito constitucional ou legal, reconhecendo à pessoa física ou jurídica o abatimento em função da atividade que desenvolve ou *intuitu personae*<sup>492</sup>.

Tal instrumento cresceu no campo da “dedução dos gastos com planos de saúde e símiles no Imposto de Renda e das concessões fiscais às entidades privadas sem fins lucrativos (hospitais) e à indústria químico-farmacêutica”<sup>493</sup>, que incentiva o crescimento da saúde

---

<sup>489</sup> MENDES, Áquilas; WEILLER, José Alexandre Buso. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. **Revista Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 491-505, abr/jun. 2015, p. 499. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00491.pdf>. Acesso em: 06 out. 2018.

<sup>490</sup> ALVES, Pâmela Karoline Lins. A ampliação da saúde suplementar com apoio estatal: incentivos, desonerações e subsídios do Estado brasileiro. In: CORREIA, Maria Valéria Costa (org.). **Política de saúde no Brasil e o fortalecimento do setor privado: desmonte do SUS público, estatal e universal**. Maceió: Edufal, 2018, p. 108.

<sup>491</sup> CARVALHO, Laura. **Valsa brasileira**. Do boom ao caos econômico. São Paulo: Todavia, 2018, p. 72.

<sup>492</sup> SCAFF, Fernando Facury. Direito à saúde e os tribunais. Parte II. In: NUNES, Antônio José Avelãs; SCAFF, Fernando Facury. **Os tribunais e o direito à saúde**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2011, p. 91.

<sup>493</sup> “Registre-se: R\$ 3,67 bilhões em 2003; passando para R\$ 8,70 bilhões em 2006; R\$ 15,85 bilhões em 2009; e, por fim, R\$ 19,98, em 2012”. MENDES, Áquilas; WEILLER, José Alexandre Buso. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. **Revista Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 491-505, abr/jun. 2015, p. 495. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00491.pdf>. Acesso em: 06 out. 2018.

privada, em suas formas complementar e suplementar, em função do desmonte do Sistema Único de Saúde.

As legislações que modificaram questões referentes ao Imposto de Renda de Pessoas Físicas (Lei nº 9.250/1995) e Pessoas Jurídicas (Lei nº 9.249/1995) trouxeram pontos-chaves ao acesso à saúde. Os valores de pagamento de Imposto de Renda de pessoas físicas e jurídicas são reduzidos com base no artigo 8º da Lei nº 9.250/1995<sup>494</sup> e no inciso V do art. 13 da Lei nº 9.249/1995<sup>495</sup>.

São verificadas diminuições na arrecadação do Imposto de Renda e da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido, sendo esta última “uma das fontes de recursos que compõem o Orçamento da Seguridade Social (OSS), que inclui as áreas de previdência, saúde e assistência social”<sup>496</sup>. Apontam-se, ainda, legislações relevantes quanto à isenção de medicamentos, produtos químicos e farmacêuticos, havendo um aparato jurídico que sustenta a renúncia fiscal estatal.

No caso da saúde, a existência do sistema duplicado – o SUS, o serviço de saúde complementar (ao SUS) e o serviço de saúde suplementar – implica no fato de que tanto Estado quanto empresas privadas oferecem os mesmos serviços, cabendo ao primeiro a regulação<sup>497</sup>.

---

<sup>494</sup> “Art. 8º. A base de cálculo do imposto devido no ano-calendário será a diferença entre as somas: [...] II - das deduções relativas: a) aos pagamentos efetuados, no ano-calendário, a médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e hospitais, bem como as despesas com exames laboratoriais, serviços radiológicos, aparelhos ortopédicos e próteses ortopédicas e dentárias; [...]; d) às contribuições para a Previdência Social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios; e) às contribuições para as entidades de previdência privada domiciliadas no País, cujo ônus tenha sido do contribuinte, destinadas a custear benefícios complementares assemelhados aos da Previdência Social; [...]; i) às contribuições para as entidades fechadas de previdência complementar de natureza pública de que trata o § 15 do art. 40 da Constituição Federal, cujo ônus tenha sido do contribuinte, destinadas a custear benefícios complementares assemelhados aos da Previdência Social. § 1º A quantia correspondente à parcela isenta dos rendimentos provenientes de aposentadoria e pensão, transferência para a reserva remunerada ou reforma, pagos pela Previdência Social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, por qualquer pessoa jurídica de direito público interno, ou por entidade de previdência privada, representada pela soma dos valores mensais computados a partir do mês em que o contribuinte completar sessenta e cinco anos de idade, não integrará a soma de que trata o inciso I. § 2º O disposto na alínea a do inciso II: I - aplica-se, também, aos pagamentos efetuados a empresas domiciliadas no País, destinados à cobertura de despesas com hospitalização, médicas e odontológicas, bem como a entidades que assegurem direito de atendimento ou ressarcimento de despesas da mesma natureza; II - restringe-se aos pagamentos efetuados pelo contribuinte, relativos ao próprio tratamento e ao de seus dependentes; [...]”.

<sup>495</sup> “Art. 13. Para efeito de apuração do lucro real e da base de cálculo da contribuição social sobre o lucro líquido, são vedadas as seguintes deduções, independentemente do disposto no art. 47 da Lei nº 4.506, de 30 de novembro de 1964: [...]; V - das contribuições não compulsórias, exceto as destinadas a custear seguros e planos de saúde, e benefícios complementares assemelhados aos da previdência social, instituídos em favor dos empregados e dirigentes da pessoa jurídica; [...]”.

<sup>496</sup> MENDES, Áquilas; WEILLER, José Alexandre Buso. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. **Revista Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 491-505, abr/jun. 2015, p. 497. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00491.pdf>. Acesso em: 06 out. 2018.

<sup>497</sup> OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Renúncia de arrecadação fiscal em saúde no Brasil: eliminar, reduzir ou focalizar? *In*: IPEA. **Brasil em desenvolvimento 2014**. Estado, planejamento e políticas públicas. V. 1. Brasília:

Constata-se renúncia fiscal a partir da concessão de subsídios, isenções fiscais ou incentivos à população, que podem se reverter no barateamento dos custos para aqueles inseridos no mercado da saúde. Na contramão dos objetivos apresentados pela Receita Federal, a renúncia fiscal se torna mais um vetor essencial à sobrevivência e ao fortalecimento do setor privado de saúde, pois ao diminuir os gastos das classes mais abastadas e médias, bem como das atividades econômicas de maior renda, cria um ônus maior aos usuários do sistema público. O valor que deixa de ser arrecadado poderia ser aplicado na ampliação de “programas de caráter preventivo e melhorar a qualidade dos serviços especializados, fundamentais para a consolidação do SUS”<sup>498</sup>. No final das contas, retiram-se recursos que poderiam ser destinados ao SUS, minando o financiamento ao inviabilizar o orçamento da seguridade social.

Ocké-Reis aponta a “piora na distribuição do gasto público *per capita*” no SUS como um dos fatores resultantes dessa política financeira, demarcando a necessidade de realização da aplicação do mecanismo, de forma a “garantir maior equidade” e possibilitar concretização de políticas públicas dentro da saúde nos parâmetros previstos pela Constituição<sup>499</sup>. Alerta o economista que “a renúncia pode gerar situação tão regressiva da ótica das finanças públicas – ao favorecer os extratos superiores de renda e o mercado de planos de saúde –, que alguns países impuseram tetos ou desenharam políticas para reduzir ou focalizar a sua incidência”<sup>500</sup>.

É pertinente a crítica a respeito da ausência de limitações no abatimento (como existe na área da educação<sup>501</sup>), que culmina no beneficiamento dos grupos sociais mais abastados, em explícita demonstração do caráter regressivo da renúncia fiscal promovida pelo Estado brasileiro, regido pela CF/88<sup>502</sup>.

O valor da desoneração deveria servir para fomentar o sistema público – em seus três ramos de atenção, da baixa à alta complexidade –, reduzindo a utilização de planos privados, e

---

Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2014, p. 259. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/3586>. Acesso em: 06 out. 2018.

<sup>498</sup> OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Renúncia de arrecadação fiscal em saúde no Brasil: eliminar, reduzir ou focalizar? In: IPEA. **Brasil em desenvolvimento 2014**. Estado, planejamento e políticas públicas. V. 1. Brasília: Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2014, p. 260. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/3586>. Acesso em: 06 out. 2018.

<sup>499</sup> *Idem. Ibidem*, p. 72.

<sup>500</sup> *Idem. Ibidem*, p. 262;268.

<sup>501</sup> No caso da educação, entidades sem fins lucrativos ou de assistência social são imunes ao pagamento de tributos nos termos do artigo 12 da Lei nº 9.532/1997, desde que “prestem serviços para os quais houver sido instituída e os coloque à disposição da população em geral, em caráter complementar às atividades do Estado, sem fins lucrativos”, cumprindo os requisitos listados ao longo do mencionado artigo.

<sup>502</sup> MENDES, Áquilas; WEILLER, José Alexandre Buso. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. **Revista Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 491-505, abr/jun. 2015, p. 496. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00491.pdf>. Acesso em: 06 out. 2018.

de assistencialista, refutando o sistema duplicado e paralelo, que se vale da fabricação da precarização do público para angariar fundos de sua sobrevivência.

Se há uma crise crônica de financiamento, não caberia ao Estado brasileiro investir numa política de renúncia de arrecadação regressiva, na qual são beneficiados os grupos sociais mais ricos. Somado a isto, um orçamento focado na valorização do superávit primário impede que sejam direcionados recursos para os mais vulneráveis, o valor “renunciado” pelo Estado poderia ser investido em políticas públicas de saúde. Em consonância com as conclusões de Laura Carvalho, entende-se que “a maior parte das desonerações fiscais concedidas parece ter servido como política de transferência de renda para os mais ricos, contribuindo também para deteriorar sobremaneira as contas públicas”<sup>503</sup>, que deixaram de arrecadar 140 bilhões de reais em 2010 e 250 bilhões em 2014<sup>504</sup>.

Novos estudos devem ser realizados com relação à elucidação do conceito de gasto tributário e ao aperfeiçoamento da quantificação dos impactos da renúncia de arrecadação fiscal, por exemplo.

#### 4.6 PRECARIZAR PARA PRIVATIZAR: A SAÚDE É DIREITO OU MERCADORIA?

Quando contrastado à lógica do capital financeiro, o planejamento orçamentário previsto na Constituição foi paulatinamente modificado de forma a criar menos impasses à ampliação de lucros demandada pela crise estrutural do capital. As contrarreformas desmembram o que se tentou proteger. O mercado mina o financiamento das políticas públicas através de uma constante apropriação do fundo público<sup>505</sup>.

A dispersão das fontes de receita da saúde, somada à indeterminação e à dificuldade no acesso desses instrumentos pela população, prejudica o controle social e a atuação dos agentes públicos que estão no cotidiano do SUS. A transparência das destinações orçamentárias é fundamental à materialização do Estado Democrático de Direito e, mais uma vez, percebe-se que a insegurança favorece o enfraquecimento da saúde pública.

---

<sup>503</sup> A autora evidencia ainda que “após o *impeachment*, a ex-presidente Dilma Rousseff classificou a política de desonerações como um dos seus principais erros. Na autocrítica, feita em diversas entrevistas a veículos estrangeiros no ano de 2017, Dilma disse que esperava que as renúncias fiscais estimulassem as empresas a realizar investimentos e gerar empregos, mas que os empresários acabaram utilizando a política para aumentar suas margens de lucro”. CARVALHO, Laura. **Valsa brasileira**. Do boom ao caos econômico. São Paulo: Todavia, 2018, p. 74.

<sup>504</sup> *Idem*. *Ibidem*, p. 71.

<sup>505</sup> SANTOS, Viviane Medeiros dos. A contrarreforma e a privatização do SUS: as Organizações Sociais (OSs) como modelo privatizante. In: CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros dos (orgs.). **Reforma Sanitária e Contrarreforma da Saúde**. Maceió: Edufal, 2015, p. 108.

A complementariedade invertida no setor privado e a não consolidação do sistema de saúde possibilitou o avanço da iniciativa privada na captação dos recursos estatais. Valéria Correia aponta que a medida em que se amplia a aquisição de serviços de saúde privados e filantrópicos pelo Estado, perde-se o monitoramento dos serviços conveniados ou contratados, abrindo margem a “inúmeros escândalos de corrupção, cotidianamente divulgados pelos meios de comunicação, e apurados pelos Ministérios Públicos Estaduais e Federal”<sup>506</sup>.

Do quadro apresentado no tópico 3.1.1, Werner demonstra um novo arranjo que destaca a existência de deformidades resultantes de uma suposta “falha de comunicação” dos responsáveis por implementar o direito à saúde<sup>507</sup>.

Tabela 3 – Aplicação da fórmula original do direito à saúde

Direito de todos	Acesso universal	Igualitário
Dever do Estado	Ações descentralizadas	Atendimento integral
Políticas sociais e econômicas	Redução do risco doença	Ênfase na prevenção
Escolhas pressupõem a participação da comunidade		

Fonte: Patrícia Ulson Pizarro Werner.

Aprofunda-se a crítica da autora na compreensão de que não há uma “falha de comunicação”, porque está ausente a boa vontade política dos três poderes, bem como dos entes federativos na realização deste direito. A comunicação existe deliberadamente para priorizar o setor privado da saúde, seja de forma complementar ou suplementar, bastando a observância de que todas as diretrizes que viabilizam o SUS são desestruturadas, restando um conjunto de princípios, que se tornam desconexos e semelhantes a uma carta de boas intenções com pouca efetividade.

Num panorama permanente de contingenciamento e austeridades, o piso dos gastos em saúde previsto pela CF aos entes federativos tem sua interpretação distorcida e se torna teto, dissonante, assim, da vinculação dos recursos proposta pela Magna Carta. De tal forma, que se de um lado está disposta a universalidade da prestação do serviço público de saúde, o orçamento é constantemente prejudicado e limitado, em função da racionalidade da política econômica neoliberal – já descortinada ao longo deste capítulo<sup>508</sup>.

<sup>506</sup> CORREIA, Maria Valéria Costa. Entre a Reforma Sanitária e o SUS: os interesses do capital na saúde. In: CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros dos (orgs.). **Reforma sanitária e contrarreforma da saúde**. Interesses do capital em curso. Maceió: Edufal, 2015, p. 75.

<sup>507</sup> WERNER, Patrícia Ulson Pizarro. O direito social e o direito público subjetivo à saúde – o desafio de compreender um direito de duas faces. **Revista de Direito Sanitário**. São Paulo, v. 9, n. 2, p. 92-131, jul/out. 2008, p. 101. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13119>. Acesso em: 03 out. 2018.

<sup>508</sup> MENDES, Áquilas; WEILLER, José Alexandre Buso. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. **Revista Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 491-505, abr/jun. 2015, p. 493. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00491.pdf>. Acesso em: 06 out. 2018.

Contrariando o sentido de proteção do direito social, permanece a demanda por expansão de lucros. A assistência à saúde, nicho potencialmente rentável para as empresas privadas e para o mercado, expressa o “novo modo de ser da riqueza global”, caracterizado por “um campo extenso de acumulação capitalista cuja base concreta se liga, ao modo de um colateral, a um pilar de reprodução da vida moderna”<sup>509</sup>.

Mário Scheffer conceitua a privatização como “transferência das funções e responsabilidades do setor público, completamente ou em parte, para o setor privado” e aponta a “privatização ativa”, processo pelo qual os governos deliberadamente estimulam o crescimento do setor privado, em orientações políticas que resultam no desmonte do SUS<sup>510</sup>. Avança o autor em sua compreensão ao afirmar que fazem parte de uma coalisão de interesses “hospitais privados, empresas farmacêuticas e operadoras de planos de saúde” em defesa do capital estrangeiro visam a “ampliação da participação do setor privado na formulação das políticas nacionais de saúde, expandir o mercado privado e obter desonerações e reduções tributárias”, contrariando a ideia de participação democrática e popular<sup>511</sup>.

Ao contrário do que preconiza a Constituição, caminha-se para um processo de privatização cada vez mais intenso da saúde, retomando o modelo adotado na ditadura, abandonado na construção do Estado Democrático de Direito brasileiro.

No plano individual e das relações intersubjetivas, o neoliberalismo repercute na transformação do cidadão em consumidor de serviços e empreendedor de si mesmo<sup>512</sup>. Criam-se (e lucra-se a partir de) situações de mercado, de compra e venda, impostas “como ‘realidade’, isto é, como única ‘regra do jogo’, e assim mais ainda, se quiserem valorizar seu capital pessoal num universo em que a acumulação parece ser a lei geral da vida”<sup>513</sup>.

---

<sup>509</sup> SESTELO, José Antonio de Freitas; CARDOSO, Artur Monte; BRAGA, Ialê Falleiros; MATTOS, Leonardo Vidal; ANDRIETTA, Lucas Salvador. A financeirização das políticas sociais e da saúde no Brasil do século XXI: elementos para uma aproximação inicial. **Revista Economia e Sociedade**. Campinas, v. 26, p. 1097-1126, dez. 2017, p. 1120. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0104-06182017000401097&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-06182017000401097&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 11 dez. 2018.

<sup>510</sup> SCHEFFER, Mario. O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 31, n. 14, p. 663-666, abr. 2015, p. 664. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n4/0102-311X-csp-31-04-00663.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2018.

<sup>511</sup> *Idem. Ibidem*, p. 664.

<sup>512</sup> “A cidadania não é mais definida como participação ativa na definição de um bem comum próprio de uma comunidade política, mas como uma mobilização permanente de indivíduos que devem engajar-se em parcerias e contratos de todos os tipos com empresas e associações para a produção de bens locais que satisfaçam os consumidores”. DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo**. Ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2016, p. 239.

<sup>513</sup> *Idem. Ibidem*, p. 217.

O conceito de sociedade de consumo desenvolvido por Bauman<sup>514</sup> explica que, contemporaneamente, as pessoas são engajadas a partir de suas condições de consumidores, reordenando “ênfases e prioridades” ao causar impactos na cultura e vida individual, opondo a figura do consumidor, que paga por serviços (escolas, plano de saúde, previdência privada), à do cidadão, que possui direitos e deveres<sup>515</sup>.

Mercadoriza-se a vida social, a partir da necessidade do consumidor se tornar previdente, com garantias privadas – de “cobertura de seguros privados, casa própria, conservação de sua empregabilidade” – e escolhas dentro da lógica neoliberal de quais são “os melhores produtos e, cada vez mais, os melhores prestadores de serviços” (ou aqueles que são financeiramente acessíveis), de forma a se livrar da precariedade do serviço público, focalizado e, portanto, destinado aos mais pobres<sup>516</sup>.

Longe de estar vinculada às necessidades humanas, a cultura do consumo é resultante da acumulação inquietante, estimulada pela insatisfação e pela propaganda, que têm como resultado o “esquecimento, não o aprendizado”. Dardot e Laval reforçam que utilizando-se dos recursos estatais e um discurso tradicional de “interesse nacional”, “segurança do país”, “bem do povo” e outros, “os governos, em nome de uma concorrência que eles mesmos desejaram e de uma finança global que eles mesmos construíram, conduzem políticas vantajosas para as empresas e desvantajosas para os assalariados de seus países”<sup>517</sup>.

A competição meritocrática legitimaria a desigualdade sobre a qual o direito à saúde, tornado serviço, seria concretizado aos que tenham poder de compra<sup>518</sup>. A ideologia do desempenho que tem na “qualificação, posição e salário” sua razão de existência, “legitima o acesso diferencial permanente a chances da vida e de apropriação de bens escassos”<sup>519</sup>.

São contrapostas as figuras do usuário e do consumidor, alicerçada em antônimos “preventivo x curativo, rede básica x hospital, ações coletivas x ação individual, saúde pública x medicina, liberdade de escolha *versus* controle e agilidade e eficiência *versus* burocracia, descaso, filas e regulação”<sup>520</sup>. A desqualificação do SUS em detrimento do setor privado é

<sup>514</sup> BAUMAN, Zigmunt. **Globalização**. As consequências humanas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999, p. 87-88.

<sup>515</sup> SANTOS, Milton. **Por outra globalização**. 23. ed. Rio de Janeiro: Record, 2009, p. 49.

<sup>516</sup> DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo**. Ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2016, p. 224.

<sup>517</sup> *Idem. Ibidem*, p. 282.

<sup>518</sup> SOUZA, Jessé. **A construção social da subcidadania**. Para uma sociologia política da modernidade periférica. Belo Horizonte: UFMG, 2006, p. 170.

<sup>519</sup> *Idem. Ibidem*, p. 169.

<sup>520</sup> SILVA, Giovanni Gurgel Aciole da. Uma abordagem antinomia “público x privado”: descortinando as relações para a saúde coletiva. **Interface**. São Paulo, v. 9, n. 18, p. 7-24, jan/jun. 2006, p. 9. Disponível em:

funcional à alimentação da lógica privatista, patrimonialista e consumidora. Cria-se um estereótipo<sup>521</sup> do usuário, subprodutor e subcidadão, e do próprio sistema, desqualificado, burocratizado, limitado e moroso, sem que haja o entendimento do SUS, o mínimo reconhecimento ou uma sensação de pertencimento, abandonando esta importante conquista social. Além do exposto, há uma série de contradições que se somam ao plano da realidade brasileira: “desigualdade social, igualdade e privilégios”, “escassez de recursos e uso indevido do orçamento” são os problemas mais aparentes<sup>522</sup>.

---

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832006000100002&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832006000100002&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 29 set. 2018.

<sup>521</sup> Numa analogia ao conceito desenvolvido por Homi Bhabha para exercício da dominação no poder colonial, “o estereótipo não é uma simplificação porque é uma falsa representação de uma dada realidade. É uma simplificação porque é uma forma presa, fixa, de representação que, ao negar o jogo da diferença (que a relação a partir do Outro permite), constitui um problema para a representação do sujeito em significações de relações psíquicas e sociais”. BHABHA, Homi. **O local da cultura**. Belo Horizonte: UFMG, 1998, p. 117.

<sup>522</sup> WERNER, Patrícia Ulson Pizarro. O direito social e o direito público subjetivo à saúde – o desafio de compreender um direito de duas faces. **Revista de Direito Sanitário**. São Paulo, v. 9, n. 2, p. 92-131, jul/out. 2008, p. 93-94. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13119>. Acesso em: 03 out. 2018.

## 5 CRISE NOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E EBSEERH: PÓS-DEMOCRACIA E AUTONOMIA UNIVERSITÁRIA ÀS AVESAS

Os Hospitais Universitários brasileiros compõem a “maior rede de hospitais do sistema público”, concentrando aproximadamente “12% de todas as internações do SUS” e têm função essencial na prestação de serviços de média e alta complexidade<sup>523</sup>. São integrados ao SUS a partir do artigo 45 da Lei nº 8.080/1990, que apresenta:

Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS) mediante convênio, **preservada a autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão** nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados [grifos nossos].

Dados sobre o estado de Alagoas indicam que 93% da população depende exclusivamente dos serviços de assistência ofertados pelo Sistema Único de Saúde. Nesse cenário, o Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA/UFAL) cumpre papel essencial, pois em alguns setores é o único centro de alta complexidade do Estado e único hospital de ensino público federal de Alagoas. É referência

nas áreas de obstetrícia, UTI e UCI neonatal, cirurgia bariátrica, cirurgia por videolaparoscopia, tratamento da AIDS, centro de alta complexidade em oncologia – CACON, assistência ao pré-câncer do trato genital feminino, nefrologia, neurocirurgia II, transplante de córnea, acompanhamento pós transplante e busca ativa de órgãos<sup>524</sup>.

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEERH), objeto de análise deste capítulo, figura entre os novos modelos de gestão que compõem o rearranjo estrutural na saúde. Vinculada ao Ministério da Educação<sup>525</sup>, é atualmente a responsável pela gestão do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), trazendo impactos na vida de usuários, trabalhadores, professores e estudantes.

Diante do que se expôs ao longo do trabalho, o presente capítulo propõe analisar as categorias apresentadas a partir do estudo da criação e implementação da EBSEERH nos

<sup>523</sup> OLIVEIRA, Gabriela de Abreu. **A compatibilidade dos princípios e modelo de Estado que subjazem ao SUS e a EBSEERH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares)**. 2014. 191 páginas. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, p. 98.

<sup>524</sup> EBSEERH. **Relatório de Gestão do Exercício de 2014 do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes**. UFAL, 2014, p. 11. Disponível em: [http://www.ebserh.gov.br/documents/221436/333593/Relat%C3%B3rio+de+Gest%C3%A3o\\_2014\\_FINAL\\_30.03.2015.pdf/f73baa95-ff65-41e2-8d1c-6e655e7862f8](http://www.ebserh.gov.br/documents/221436/333593/Relat%C3%B3rio+de+Gest%C3%A3o_2014_FINAL_30.03.2015.pdf/f73baa95-ff65-41e2-8d1c-6e655e7862f8). Acesso em: 16 ago. 2017.

<sup>525</sup> O presidente atual da empresa é o general da reserva do Exército Brasileiro, Oswaldo de Jesus Ferreira, que, de acordo com o site da empresa, tem formação acadêmica na Engenharia, “mestrado em Aplicações Militares e doutorado em Aplicações, Planejamento e Estudos Militares”. COORDENADORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL DA REDE EBSEERH. Ministro da educação dá posse ao novo presidente da Rede Ebserh. **Ebserh**, 31 jan. 2019. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/noticias/201901311829-ministro-da-educacao-da-posse-novo-presidente-da-rede-ebserh>. Acesso em: 31 mar. 2019.

Hospitais Universitários do país, mais especificamente na Universidade Federal de Alagoas, investigando se há compatibilidade entre as legislações constitucional e infraconstitucional atinentes à saúde pública e a este modelo de gestão, retomando as discussões acerca da democracia sanitária ou sua impossibilidade de realização frente a necessidade de implementação do gerencialismo, articulando as questões referentes ao neoliberalismo, financeirização e democracia retratadas no Capítulo 2.

O primeiro item localiza o debate sobre Hospitais Universitários a nível global a partir do Seminário “A função adequada dos Hospitais Universitários no sistema de saúde”, realizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1995, ano em que as contrarreformas na saúde já eram uma realidade e precisavam ser aprofundadas.

A segunda parte se dedica à análise dos antecedentes que implicaram na criação da EBSEH, ou seja, os acórdãos com função fiscalizatória do Tribunal de Contas da União, o Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) e a Medida Provisória nº 520/2010.

A Lei nº 12.550/2011 autorizou a criação da Empresa e o Decreto nº 7.661/2011 aprovou seu Estatuto Social, cuja última atualização data de 29 de junho de 2018. Empresa Pública com personalidade jurídica de direito privado, seu Regimento Interno foi aprovado na 49ª Reunião do Conselho de Administração da Empresa. Segue os moldes definidos no inciso II do art. 5º do Decreto-Lei nº 200/1967 e do art. 5º do Decreto-Lei nº 900/1969, conforme se descreve na terceira parte. São ainda apresentados os pontos mais problemáticos relacionados à exclusão da participação popular e da ressignificação do princípio constitucional da autonomia universitária.

Investiga-se a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 4.895, proposta pela Procuradoria Geral da República em 2012, as reivindicações de movimentos sociais que demonstram a existência de princípios e prerrogativas constitucionais ameaçados por este modelo de gestão, bem como a exoneração, em 2017, da Superintendente do HUPAA/UFAL, que externalizou as limitações da autonomia universitária frente à concepção empresarial de gestão.

## 5.1 A OMS E O SEMINÁRIO “A FUNÇÃO ADEQUADA DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS NO SISTEMA DE SAÚDE”

Em 1995, a Organização Mundial da Saúde (OMS) organizou um seminário com 22 países<sup>526</sup> dos seis continentes para discutir a situação dos Hospitais de Ensino (ou Universitários). O resultado das discussões foi sistematizado no documento “*The proper function of teaching hospitals within health systems*”, numa tradução livre, “A função adequada dos hospitais universitários no sistema de saúde”.

Apesar do Brasil não fazer parte desse seminário, a análise das resoluções é de extrema importância, de forma que pode ser traçado um paralelo entre o que se debateu na década de 1990 e a atual configuração dos HUs do país.

Após o estudo individualizado da situação dos Hospitais Universitários em cada um dos países (documentos anexos ao texto oficial da OMS), o evento propôs a elaboração de uma estratégia comum visando auxiliá-los a concretizar suas funções nos sistemas de saúde locais<sup>527</sup>.

O conceito de Hospital Universitário adotado foi o de

centro complexo de cuidado à saúde caracterizado pelo: importante papel que desempenha na prestação de atenção terciária; o envolvimento no ensino e pesquisa relacionados ao tipo de atendimento dispensado; atração de alta concentração de recursos; a importante influência política que exercem e o alto custo<sup>528</sup>.

O documento considera as diferenças e abismos existentes entre os países – principalmente no que diz respeito à geografia, cultura e desenvolvimento econômico –, de forma meramente ementária, sem interpretar que esta multiplicidade de variantes traz impactos distintos na situação da saúde em cada Estado.

Assim, levanta-se o quantitativo populacional, PIB *per capita*, expectativa de vida, despesas com saúde (tendo como referência o PIB), despesas hospitalares (avaliada na porcentagem do gasto em saúde) e custo dos hospitais universitários também em relação ao PIB<sup>529</sup>. Outras questões são ranqueadas sem maiores aprofundamentos, a exemplo: taxa de crescimento populacional, população rural, mortalidade infantil, empregos no setor de saúde, número de leitos e treinamentos dos profissionais de saúde.

<sup>526</sup> Albânia, Austrália, Benin, Colômbia, Coréia do Sul, Chile, China, Egito, Filipinas, França, Holanda, Indonésia, Jamaica, Japão, Marrocos, Nigéria, Paquistão, Reino Unido, Suécia, Suíça, Tanzânia e Vietnã.

<sup>527</sup> WHO. **The proper function of teaching hospitals within health systems**. Paris: Institute for Health Policy Studies, 1995, p. 2. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63088/WHO\\_SHS\\_DHS\\_96.1.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63088/WHO_SHS_DHS_96.1.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

Acesso em: 20 dez. 2018.

<sup>528</sup> *Idem. Ibidem*, p. 2.

<sup>529</sup> *Idem. Ibidem*, p. 4-5.

Os países participantes do Seminário concluíram que “a função primordial do Hospital Universitário é cuidar do doente”, ou seja, dedicando-se mais à cura do que necessariamente à prevenção, o que seria evidenciado pela disposição orçamentária, pois boa parte da receita seria aplicada no atendimento, enquanto um valor menor seria dedicado à pesquisa e ao ensino<sup>530</sup>.

Apesar do multifacetado conceito de saúde explicitado no Capítulo 3 deste trabalho, a OMS defende que os HUs existem para o atendimento de questões que exigem maior complexidade e uso de tecnologias, sendo os cuidados primários e secundários resguardados aos hospitais que compõem o sistema de saúde local<sup>531</sup>.

Denuncia-se que os HUs atraem muitas pessoas por conta da amplitude de especialistas, causando uma superutilização de profissionais e atendimentos que poderiam ser realizados em outros estabelecimentos. Nesse sentido, na década de 1990 já se pensava na imprescindibilidade da formulação de novas estruturas de organização e de novos tipos de tratamento aos HUs, bem como a observância adequada dos níveis de saúde e locais de atendimento<sup>532</sup>.

O documento insiste no questionamento à necessidade de treinamento dos médicos<sup>533</sup> nestes espaços de atenção terciária, uma vez que poderiam ser realizados em outros locais. Para tanto, traz os exemplos do Paquistão, em que as doenças comuns são ensinadas nas unidades de saúde locais, não necessariamente dentro dos Hospitais Universitários, e do Chile, em que os estudantes visitam outras instituições além dos centros de tecnologia avançada<sup>534</sup>.

Define-se que a pesquisa não é uma atividade essencial a todos os hospitais, sendo em alguns países considerada, inclusive, um fardo, posto que poderiam ser desenvolvidas fora do ambiente do HU, tais como nas “universidades, na indústria farmacêutica, indústrias de alta tecnologia ou instituições especiais como o Instituto Nacional Francês *de la Santé et de la Recherche Médicale* (INSERM) ou o Centro Nacional *de la Recherche Scientifique* (CNRS)”<sup>535</sup>.

No caso do financiamento dos HUs, acordou-se que era fundamental uma cooperação entre os Ministérios da Saúde e da Educação<sup>536</sup>, devendo as verbas destinadas ao cuidado à

---

<sup>530</sup> WHO. **The proper function of teaching hospitals within health systems**. Paris: Institute for Health Policy Studies, 1995, p. 16. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63088/WHO\\_SHS\\_DHS\\_96.1.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63088/WHO_SHS_DHS_96.1.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 20 dez. 2018.

<sup>531</sup> *Idem. Ibidem*, p. 17.

<sup>532</sup> *Idem. Ibidem*, p. 17-19.

<sup>533</sup> É recorrente a desconsideração do fato de que os Hospitais Universitários são importantes não somente à formação dos profissionais da medicina, mas também da saúde, tecnologia e ciências humanas.

<sup>534</sup> *Idem. Ibidem*, p. 19.

<sup>535</sup> *Idem. Ibidem*, p. 21.

<sup>536</sup> *Idem. Ibidem*, p. 20.

saúde serem dissociadas daquelas destinadas à pesquisa, facultada a esta última o custeamento por “financiamento estatal, fundações privadas, indústria farmacêutica, patrocinadores, etc.”<sup>537</sup>.

A função social dos HUs é questionada quando se afirma que não deveriam assumir o ofício “de um orfanato ou refúgio para os que não têm”, evitando-se “os problemas médicos que são de natureza essencialmente social, simplesmente porque as instituições sociais responsáveis para lidar com esses problemas são inadequadas ou inexistentes”<sup>538</sup>.

O arquivo avalia que os custos com HUs são mais elevados do que com hospitais ordinários, representando nos países participantes, um gasto entre 0,1% (Marrocos) e 1,4% (Coréia do Sul) do PIB nacional. Recomenda-se a redefinição de prioridades políticas, sobretudo no tocante aos gastos com financiamento dos Hospitais e da saúde em sua completude<sup>539</sup>.

De acordo com o que se definiu, um hospital universitário pode ou não fazer parte da estrutura universitária, isto é: a universidade pode ter um Hospital ou ser oficialmente afiliada. Para os participantes do Seminário, não importaria se público ou privado, pois os problemas seriam semelhantes e “seu status não seria algo importante, exceto talvez no caso do Chile, onde o status privado envolve uma seleção de pacientes e estudantes de acordo com critérios econômicos...”<sup>540</sup>.

Como síntese final, há a constatação de que as instituições em análise não cumprem a função atribuída, coexistindo as seguintes situações: (a) “HUs superlotados atendendo em todos os níveis, injustificadamente” e (b) “um sistema de atenção primária e secundária que não encaminha [aos HUs] os pacientes que necessitam de cuidados de nível terciário para os manter em si mesmos, em detrimento à saúde desses pacientes”<sup>541</sup>.

Conclui-se encorajando a existência de debates acerca dos Hospitais Universitários, inclusive com a proposta de proteção das funções destas instituições por meio de leis contra “interferências políticas”<sup>542</sup>, garantindo-se um espaço de diálogo e cooperação entre estas instituições e o resto do sistema de saúde, através da formalização do sistema de referência, introdução de arranjos que observem os níveis de atenção (evitando o curto-circuito, isto é, que

---

<sup>537</sup> WHO. **The proper function of teaching hospitals within health systems**. Paris: Institute for Health Policy Studies, 1995, p. 21. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63088/WHO\\_SHS\\_DHS\\_96.1.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63088/WHO_SHS_DHS_96.1.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 20 dez. 2018.

<sup>538</sup> *Idem. Ibidem*, p. 22.

<sup>539</sup> *Idem. Ibidem*, p. 22.

<sup>540</sup> *Idem. Ibidem*, p. 24.

<sup>541</sup> *Idem. Ibidem*, p. 26.

<sup>542</sup> *Idem. Ibidem*, p. 25.

os níveis fossem pulados), criação de níveis de financiamento independentes, conscientização acerca dos níveis de atenção e a relação entre estes<sup>543</sup>.

Ainda que necessário, causa estranheza a forma de condução e as conclusões advindas do debate. Mais uma vez, a “saúde fiscal” é posta acima do bem-estar da população e do forçoso equilíbrio entre direitos sociais que este demanda. O movimento internacional de contrarreformas – protagonizado pelo Banco Mundial com caráter específico e direcionado às privatizações, mercantilização e empresariamento da saúde – caracterizado nos capítulos anteriores, indica que, ao invés de compreender as dimensões e fatores que qualificam os desafios à realização do direito à saúde nos países, há uma tendência de uniformização gerencial baseada em análises quantitativas dos gastos, visando, prioritariamente, sua redução.

Além disso, resta descaracterizada a função social dos hospitais-escola, em específico os HUs. O documento constrói a noção de cisão entre o que seria espaço e propriedade dos HUs e das Universidades, quando, em verdade, deveriam ser considerados pelo todo, tendo em vista a importância acadêmica e social dos Hospitais Universitários.

## 5.2 ANTECEDENTES DA EBSEH: ACÓRDÃOS DO TCU, REHUF E MP Nº 520/2010

Ficou evidenciado que, além da função precípua de ensino, pesquisa e extensão, os HUs garantem assistência à saúde à população brasileira. Apesar da referência na formação de profissionais e no atendimento à população, desde a década de 1980, há uma crise decorrente do subfinanciamento destas instituições no país, no qual um dos efeitos foi o “déficit de profissionais pela falta de realização de concursos públicos e que acarretou numa grande precarização de serviços”<sup>544</sup>. O crescimento no atendimento aos cidadãos via SUS, auxiliando nas deficiências da rede pública de saúde, contribuiu para o aumento de custos<sup>545</sup>.

Como consequência, as Universidades Federais passaram a contratar mão de obra terceirizada por meio das fundações de apoio, o que resultou em auditorias e contestações do Tribunal de Contas da União (TCU), bem como na elaboração de documentos do órgão

<sup>543</sup> WHO. **The proper function of teaching hospitals within health systems**. Paris: Institute for Health Policy Studies, 1995, p. 26. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63088/WHO\\_SHS\\_DHS\\_96.1.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63088/WHO_SHS_DHS_96.1.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 20 dez. 2018.

<sup>544</sup> OLIVEIRA, Gabriela de Abreu. **A compatibilidade dos princípios e modelo de Estado que subjazem ao SUS e a EBSEH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares)**. 2014. 191 páginas. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, p. 99.

<sup>545</sup> LAMENHA, Rafaela Vieira. A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares como solução para a crise dos Hospitais Universitários: determinações econômicas e políticas. *In*: CORREIA, Maria Valéria Costa. **Política de saúde no Brasil e fortalecimento do setor privado: desmonte do SUS público, estatal e universal**. Maceió: Edufal, 2018, p. 57.

fiscalizador indicadores de que aproximadamente 26 mil trabalhadores estavam em situação irregular dentro dos Hospitais Universitários. Além disso, os servidores terceirizados eram custeados com dinheiro do orçamento hospitalar, que deveria ser investido na educação de profissionais e assistência à saúde<sup>546</sup>. À época do posicionamento, o Tribunal resolveu que a situação deveria ser resolvida com a realização de concursos públicos até o ano de 2010<sup>547</sup>.

O panorama de crise desenhado nos HUs era reflexo da ausência de aumento proporcional no financiamento, acrescido à “incorporação de alta tecnologia e os gastos com pessoal terceirizado”, que abrangia ainda

o uso dos recursos de produção dos hospitais para custeio de gastos em outras áreas; o sucateamento dos equipamentos por ausência de investimentos do governo na manutenção e compra de novos insumos; o não reajuste da tabela do SUS, que se mostrava há muito defasada, em virtude do baixo financiamento do setor; o déficit de servidores e a consequente contratação “irregular” de mão de obra terceirizada com a utilização de verbas públicas destinadas à assistência; e o alto índice de endividamento dessas instituições<sup>548</sup>.

Desta feita, três acórdãos do TCU se dedicaram a tratar do tema: (a) nº 1.520/2006; (b) nº 2.731/2008; e (c) nº 2.813/2009.

Ao versar sobre a terceirização no âmbito da Administração Pública Federal, o acórdão nº 1.520/2006 reiterou a necessidade da substituição gradativa, até 2010, dessa mão de obra por uma concursada, já que as atividades-fim do Estado não poderiam, àquele tempo, serem terceirizadas e os órgãos estatais não deveriam se valer de forma desproporcional, e ilegal, desta modalidade de contratação de trabalhadores para atividades exclusivas de servidores públicos<sup>549</sup>. Elaborou-se o entendimento no sentido de que não caberia terceirização das atividades-fim dos hospitais, “sob pena de burla à exigência constitucional do concurso público para o acesso ao cargo e, ainda, à própria lei trabalhista”<sup>550</sup>.

O documento apela à racionalidade ao ponderar, na situação do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe, acerca da relação existente entre a prestação de um serviço público e a forma de contratação de seus prestadores. Por mais que exijam uma conduta

<sup>546</sup> LAMENHA, Rafaela Vieira. A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares como solução para a crise dos Hospitais Universitários: determinações econômicas e políticas. In: CORREIA, Maria Valéria Costa. **Política de saúde no Brasil e fortalecimento do setor privado: desmonte do SUS público, estatal e universal**. Maceió: Edufal, 2018, p. 59.

<sup>547</sup> OLIVEIRA, Gabriela de Abreu. **A compatibilidade dos princípios e modelo de Estado que subjazem ao SUS e a EBSEH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares)**. 2014. 191 páginas. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, p. 99.

<sup>548</sup> LAMENHA, Rafaela Vieira. *Op. Cit.*, p. 58.

<sup>549</sup> TCU. Acórdão nº 1.520, de 23 de agosto de 2006. Disponível em: <https://contas.tcu.gov.br/pesquisaJurisprudencia/#/detalhamento/11/%252a/NUMACORDAO%253A1520%2520ANOACORDAO%253A2006/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/false/1/false>. Acesso em: 26 set. 2018.

<sup>550</sup> *Idem. Ibidem.*

“versátil e audaz” dos gestores, os atos e procedimentos administrativos devem observar a constitucionalidade e a legalidade, razão pela qual o TCU ponderou que a busca pela economicidade na aplicação de recursos públicos não deve inviabilizar a legalidade, que é o norte da Administração Pública<sup>551</sup>.

O acórdão nº 2.731/2008 aprofunda a análise da relação entre Instituições Federais de Ensino Superior e as Fundações de Apoio, observando, por meio de auditorias, a existência de diversos problemas, entre eles, a concentração do orçamento público dos hospitais universitários nas mãos dessas fundações (com a formação de caixa-dois) e outras questões relativas à gestão, tais como, irregularidades nas terceirizações e licitações, ausência de transparência e publicidade, contratação de fundações não credenciadas no Ministério da Educação e/ou Ministério da Ciência e da Tecnologia. Propõe, ao final, que seja observada a autonomia universitária e a legalidade nas funções de uma Fundação de Apoio<sup>552</sup>.

O TCU destaca que as Fundações construíram uma “autonomia às avessas” nas Universidades, distanciando-as do controle da contabilidade pública<sup>553</sup>. Gabriela de Abreu Oliveira afirma que “de acordo com a Associação de Docentes da USP, o problema com essas fundações chegou a destituir o Reitor da UnB, em 2008, e, conseqüentemente, isso foi o prenúncio da crise desse modelo de autonomia”<sup>554</sup>.

Mais uma vez, o TCU ressaltou que as falhas apresentadas pelos HUs demandariam “um diagnóstico urgente de suas causas”, prevendo a ampliação do controle dos atos praticados nessas instituições, cuja inconstitucionalidade ou ilegalidade, não poderia ser justificada por

---

<sup>551</sup> “Resta inequívoco que a contratação de trabalhadores terceirizados para o exercício de tarefas próprias de servidores públicos é afronta direta ao princípio da seleção mediante concurso público, além de afronta à lei trabalhista, que restringe as possibilidades de terceirização às atividades-meio de qualquer organização, pública ou privada, e, ainda assim, condicionada à inexistência de relação de pessoalidade e subordinação direta. Ademais, a ilegal terceirização de serviços públicos pode trazer consigo uma armadilha. A informalidade dos critérios de seleção de pessoal terceirizado pode vir a servir de anteparo à indicação da pessoa que irá ocupar o posto de trabalho, dando margem à ocorrência de práticas patrimonialistas de apadrinhamento ou nepotismo. Daí a necessidade de haver contratação de serviços e não locação de mão-de-obra individualmente selecionada. Ressalte-se que ocorrências dessa natureza foram identificadas no âmbito do TC 013.742/2004-9, que teve o objetivo de avaliar o modelo de terceirização vigente na Administração Pública Federal”. TCU. Acórdão nº 1.520, de 23 de agosto de 2006. Disponível em: <https://contas.tcu.gov.br/pesquisaJurisprudencia/#/detalhamento/11/%252a/NUMACORDAO%253A1520%2520ANOACORDAO%253A2006/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/false/1/false>. Acesso em: 26 set. 2018.

<sup>552</sup> TCU. Acórdão nº 2.731, de 26 de novembro de 2008. Disponível em: <https://contas.tcu.gov.br/pesquisaJurisprudencia/#/detalhamento/11/%252a/NUMACORDAO%253A2731%2520ANOACORDAO%253A2008/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/false/1/false>. Acesso em: 26 set. 2018.

<sup>553</sup> *Idem. Ibidem.*

<sup>554</sup> OLIVEIRA, Gabriela de Abreu. **A compatibilidade dos princípios e modelo de Estado que subjazem ao SUS e a EBSERH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares)**. 2014. 191 páginas. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, p. 113.

meras “limitações do sistema e ausência de opções legais disponíveis aos gestores”. Porém, o Tribunal reconhece que a fiscalização pontual e localizada é insuficiente, demandando uma solução conjunta entre as Instituições Federais de Ensino Superior e dos Ministérios da Saúde, Educação e Planejamento “na elaboração e na execução dos contratos com suas fundações de apoio e com os hospitais universitários”, que envolveria a centralização e o cruzamento de dados da educação e da saúde pública brasileiras<sup>555</sup>.

No ano seguinte, o acórdão nº 2.813 direcionou a fiscalização aos Hospitais Universitários na discussão de “questões relativas a autonomia, financiamento, estruturação, quadro de pessoal e inserção na rede do SUS”, elaborando determinações, recomendações e comunicações que objetivavam identificar “problemas, boas práticas e oportunidades de melhoria nas áreas de gestão estratégica, recursos financeiros, pessoal, materiais, insumos e equipamentos, sistemas de informação, avaliação de desempenho institucional e contratualização” e estabelecendo o prazo de 180 dias para que os Ministérios competentes observassem as competências listadas<sup>556</sup>.

Gabriela Abreu Oliveira sintetiza as recomendações do Órgão de fiscalização a partir da necessidade de pensá-los como unidades gestoras plenas com os seguintes parâmetros:

(a) agrupamentos de hospitais vinculados a mesma instituição federal, com criação de complexos hospitalares com administração única; (b) definição de metas, de indicadores e atribuições de responsabilidades por resultados; (d) gestão dos recursos pelo próprio hospital, excluindo as transferências dos mesmos para fundações de apoio; (e) previsão de mecanismos de avaliação periódica, incluindo pesquisas de satisfação e com a divulgação dos resultados obtidos, (f) implementação da ideia de *benchmarking* entre os hospitais universitários; (g) inclusão da necessidade de criação de metas anuais para elaboração de protocolos clínicos com base em evidências e que levem em conta o custo/efetividade dos procedimentos, tratamentos e medicamentos propostos; (h) fixação de parâmetros mínimos de produtividade para a realização de consultas ambulatoriais e outros procedimentos considerados convenientes; (i) implantação de mecanismos de responsabilização de servidores dos HUs por resultado; (j) verificação da legalidade do aumento de terceirizados nos HUs; (k) aplicação da EC nº 19/1998 como relevante para a questão de pessoal nos HUs que precisam ser dotados de quadro de pessoal próprio e de plano de carreira de servidores compatível com as peculiaridades das atividades de assistência à saúde<sup>557</sup>.

<sup>555</sup> TCU. Acórdão nº 2.731, de 26 de novembro de 2008. Disponível em: <https://contas.tcu.gov.br/pesquisaJurisprudencia/#/detalhamento/11/%252a/NUMACORDAO%253A2731%2520ANOACORDAO%253A2008/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/false/1/false>. Acesso em: 26 set. 2018.

<sup>556</sup> TCU. Acórdão nº 2.813, de 25 de novembro de 2009. Disponível em: <https://contas.tcu.gov.br/pesquisaJurisprudencia/#/detalhamento/11/%252a/NUMACORDAO%253A2813%2520ANOACORDAO%253A2009/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/false/1/false>. Acesso em: 26 set. 2018.

<sup>557</sup> OLIVEIRA, Gabriela de Abreu. **A compatibilidade dos princípios e modelo de Estado que subjazem ao SUS e a EBSERH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares)**. 2014. 191 páginas. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, p. 114-115.

Da leitura desses documentos, constata-se a necessidade de reestruturação dos Hospitais Universitários, de forma a alterar seu modelo de gestão, mas garantindo o cumprimento de preceitos e normativas basilares da administração – entre eles a legalidade – e saúde públicas, bem como aspectos que envolvem o controle, seja da União (interno) ou social.

Como primeira grande resposta às constatações e cobranças do TCU, o governo federal instituiu o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) por meio do Decreto nº 7.082/2010<sup>558</sup>, sob justificativa da necessidade do atendimento às antigas reivindicações dos hospitais e do panorama de crises orçamentária, de autonomia e de pessoal<sup>559</sup>.

O artigo 2º do Decreto define o objetivo do Programa, qual seja, a criação de requisitos “materiais e institucionais para que os hospitais universitários federais possam desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão à dimensão da assistência à saúde”.

A proposta inicial do REHUF era manter a integração entre Universidades (autarquias federais) e HUs sob o regime jurídico administrativo de direito público. Seriam diretrizes a serem aperfeiçoadas nos HUs: os “mecanismos de financiamento”; “processos de gestão”; “estrutura física”; “parque tecnológico”; “quadro de recursos humanos”; e “atividades hospitalares vinculadas ao ensino, pesquisa e extensão, bem como à assistência à saúde”<sup>560</sup>. Ou seja, exatamente os que o TCU considerou mais problemáticos.

É importante destacar, ainda, que os parágrafos 1º e 2º do artigo 2º do referido Decreto mencionam os objetivos específicos atribuídos aos HUs, atualizando a necessidade de articulação destes ao Serviço Único de Saúde, dada a relevante função na formação de profissionais e assistência à saúde, principalmente na média e alta complexidade.

Rafaela Vieira Lamenha aduz que, apesar de intentar avanços no setor de tecnologia e infraestrutura, “a questão da falência dos recursos humanos nos HUs não evoluiu a contento com o REHUF”<sup>561</sup>. Para a pesquisadora, buscou-se solucionar o ponto como um problema de gestão, sendo adotado um novo modelo administrativo sem atentar, contudo, à estabilidade dos

<sup>558</sup> O Decreto foi regulamentado pela Portaria Interministerial nº 883, de 05 de julho de 2010.

<sup>559</sup> FNCPS. Relatório analítico das irregularidades e dos prejuízos à Sociedade, aos Trabalhadores e ao Erário causados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH. FNCPS, 21 ago. 2014, p. 2. Disponível em: <http://www.contraprivatizacao.com.br/2014/08/0953.html>. Acesso em: 16 ago. 2017.

<sup>560</sup> SOARES, Wladimir Tadeu Baptista. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH), Sistema Único de Saúde (SUS) e Autonomia Universitária**. 2016. 110 páginas. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Justiça Administrativa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, p. 75.

<sup>561</sup> LAMENHA, Rafaela Vieira. A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares como solução para a crise dos Hospitais Universitários: determinações econômicas e políticas. In: CORREIA, Maria Valéria Costa. **Política de saúde no Brasil e fortalecimento do setor privado: desmonte do SUS público, estatal e universal**. Maceió: Edufal, 2018, p. 59.

trabalhadores, ao desenvolvimento da educação nos hospitais-escolas ou à garantia de melhoria na qualidade da saúde pública<sup>562</sup>.

A Medida Provisória nº 520, apresentada no último dia de mandato do presidente Lula, propunha a criação da EBSEH como empresa pública na forma de sociedade anônima. Além do questionamento de diversas inconstitucionalidades em suas disposições, não foi convertida em lei pelo Senado Federal, tendo perdido a eficácia<sup>563</sup>, nos parâmetros do art. 62, §3º da CF.

### 5.3 O ESTABELECIMENTO DA EBSEH: (I)LEGITIMIDADE DEMOCRÁTICA DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA EMPRESA E O PRINCÍPIO DA AUTONOMIA UNIVERSITÁRIA

Em 2011, o Governo Federal, sob o comando de Dilma Rousseff, apresentou um novo projeto<sup>564</sup>, a PL nº 1.749, sob a justificativa de propor uma

nova modelagem jurídico-institucional para as atividades e os serviços públicos de assistência médico-hospitalar e ambulatorial executados pelos hospitais das universidades públicas federais, com o objetivo de viabilizar um modelo de gestão mais ágil, eficiente e compatível com as competências desses hospitais, além de oferecer solução jurídico-administrativa sustentável que solucione as crescentes dificuldades operacionais e os inúmeros questionamentos do Tribunal de Contas da União e do Ministério Público Federal a respeito do atual funcionamento dessas instituições<sup>565</sup>.

Focando apenas em aspectos anteriores da “má gestão” dos HUs, propunha-se uma mudança no regime jurídico destes. Agilidade, flexibilidade e dinamismo, somados ao controle de gastos e foco nos resultados, que só o regime de direito privado possibilitaria, foram apresentados como argumentos para a criação da EBSEH, diante da realização anual de 40 milhões de procedimentos nos HUs e da necessidade de regularização do trabalho de 26.556 profissionais submetidos a contratos precários<sup>566</sup>.

<sup>562</sup> LAMENHA, Rafaela Vieira. A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares como solução para a crise dos Hospitais Universitários: determinações econômicas e políticas. In: CORREIA, Maria Valéria Costa. **Política de saúde no Brasil e fortalecimento do setor privado**: desmonte do SUS público, estatal e universal. Maceió: Edufal, 2018, p. 60.

<sup>563</sup> COMISSÃO DE EDUCAÇÃO, CULTURA E ESPORTE. Parecer (SF) de 17 out. 2011. Relator: Roberto Requião. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=4194086&ts=1553284203918&disposition=inline>. Acesso em: 03 abr. 2019.

<sup>564</sup> É importante destacar que, em parecer da Comissão de Educação, Cultura e Esporte, o Senador Roberto Requião (à época do PMDB/PR) elencou pontos problemáticos acerca do projeto de lei, que permaneceram na legislação. A crítica será remetida ao longo do texto, a medida em que apresentada a proposta.

<sup>565</sup> BRASIL, EM Interministerial nº 00127/2011/MP/MEC, p. 15. Em: MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=4194077&ts=1553284203857&disposition=inline>. Acesso em: 01 abr. 2019.

<sup>566</sup> *Idem. Ibidem*, p. 15-16.

Além disso, a Portaria Interministerial apresentada como justificativa do projeto de lei defendeu o resgate da autonomia universitária pela adequação de funcionamento das atividades de extensão e pesquisa, bem como pela garantia da segurança jurídica, maculada pela “intervenção recorrente de órgãos de controle externo”<sup>567</sup>.

A Empresa foi criada tendo como inspiração os modelos do Hospital das Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), ambos de Porto Alegre/RS. O HCPA é uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação e possui regime jurídico de direito privado, enquanto o GHC é uma sociedade de economia mista vinculada ao Ministério da Saúde<sup>568</sup>.

### 5.3.1 A natureza jurídica da EBSEH e a política de financiamento

O inciso II do art. 5º do Decreto-Lei nº 200/1967, atualizado pelo Decreto-Lei nº 900/1969, define que uma empresa pública é qualificada por ser

a entidade dotada de personalidade jurídica de direito privado, com patrimônio próprio e capital exclusivo da União, criado por lei para a exploração de atividade econômica que o Governo seja levado a exercer por força de contingência ou de conveniência administrativa podendo revestir-se de qualquer das formas admitidas em direito.

Celso Antônio Bandeira de Mello discorre que o conceito apresentado pela legislação acima é impróprio, porque desatualizado e restritivo. Sua proposta de atualização abrange o conceito de empresa pública como sendo

a pessoa jurídica criada por força de autorização legal como instrumento de ação do Estado, dotada de personalidade jurídica de Direito Privado, mas submetida a certas regras especiais decorrentes de ser a coadjuvante da ação governamental, constituída sob quaisquer das formas admitidas em Direito e cujo **capital** seja **formado unicamente por recursos de pessoas de Direito Público interno ou de pessoas de suas Administrações indiretas, com predominância acionária residente na esfera federal** [grifos originais]<sup>569</sup>.

No caso da EBSEH, constata-se que houve autorização legal – ainda que haja questionamento sobre a necessidade de lei ordinária ou complementar, conforme será visto mais adiante – e sua personalidade, nos parâmetros do artigo 1º da Lei nº 12.550/2011, é de direito privado. A unipessoalidade da empresa é explicada por Di Pietro a partir da personalização

<sup>567</sup> BRASIL, EM Interministerial nº 00127/2011/MP/MEC, p. 17. Em: MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=4194077&ts=1553284203857&disposition=inline>. Acesso em: 01 abr. 2019.

<sup>568</sup> *Idem*. *Ibidem*, p. 17.

<sup>569</sup> MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Curso de direito administrativo**. 30. ed. São Paulo: Malheiros, 2013, p. 191.

desta, que possui capital e patrimônio próprios<sup>570</sup>, sendo este cedido pela IFES e aquele composto “por recursos oriundos de dotações consignadas no orçamento da União, bem como pela incorporação de qualquer espécie de bens e direitos suscetíveis de avaliação em dinheiro” (art. 2º, parágrafo único).

Criada por tempo indeterminado, sua função, definida no artigo 3º, envolve a prestação de serviços gratuitos, seja de assistência à saúde – “médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade”, inseridas no contexto do SUS – ou de apoio ao ensino, pesquisa e extensão. A Lei em estudo, portanto, não trata da exploração de atividade econômica, mas da prestação de serviços.

A diferenciação apresentada indica que há um contrassenso entre a atividade a ser desempenhada por um hospital universitário – integrado orgânica e institucionalmente à universidade – e a busca de lucro garantida num modelo empresarial, com regime jurídico de direito privado, que atua explorando a atividade econômica do ramo da saúde<sup>571</sup>.

Nesse ponto, o regramento especial ao qual a EBSEH está submetida – que deveria demarcar a diferença entre empresa pública e privada – aparece mais a critério de benesse concedida aos administradores do “novo modelo de gestão” do que necessariamente garantia de proteção à economia estatal e ao direito de seus cidadãos. Para tanto, suscitam-se alguns exemplos.

O primeiro está contido no parágrafo 3º do artigo 3º da mencionada lei, que assegura à EBSEH “o ressarcimento de consumidores e respectivos dependentes de planos privados de assistência à saúde, na forma estabelecida pelo art. 32 da Lei nº 9.656”. Ocorre que não está assegurado que esse ressarcimento seja feito ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), abrindo-se margem para criação de reservas de vagas para consumidores de planos de saúde, dado o retorno imediato mediante a cobrança aos planos<sup>572</sup>.

O segundo ponto, diz respeito ao regime de pessoal. Anteriormente, explanou-se que uma das grandes condicionantes da criação da EBSEH seria a regularização da situação dos trabalhadores. Acontece que a própria legislação trouxe a modificação do regime, que deixou de ser estatutário e passou a ser celetista (art. 10), e autorizou a contratação de trabalhadores

<sup>570</sup> DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito administrativo**. 26. ed. São Paulo: Atlas, 2013, p. 512-513.

<sup>571</sup> COMISSÃO DE EDUCAÇÃO, CULTURA E ESPORTE. Parecer (SF) de 17 out. 2011, p. 7. Relator: Roberto Requião. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=4194086&ts=1553284203918&disposition=inline>. Acesso em: 19 fev. abr. 2019.

<sup>572</sup> SEMINÁRIO POR UMA NOVA LEI DA INSALUBRIDADE E PELO FIM DA EBSEH. **Palestra proferida pelo professor Wladimir Tadeu Baptista Soares**. São Paulo: SINTUNIFESP, 2018. Disponível em: <http://www.sintunifesp.org.br/site2/index.php/14-categorias-das-publicacoes/noticias/189-seminario-sintunifesp-por-uma-nova-lei-da-insalubridade-e-pelo-fim-da-ebserh>. Acesso em: 31 mar. 2019.

temporários mediante processo seletivo simplificado (art. 11). O que se observa nos hospitais é o aumento do conflito entre trabalhadores regidos pelo RJU (regime jurídico único dos servidores civis da União, regido pela Lei nº 8.112/1990) e CLT (Consolidação das Leis do Trabalho, Decreto-Lei nº 5.452/1943), a partir da disciplina da Empresa, bem como a criação de cargos comissionados com vinculação estritamente política, que deságua em casos de assédio e perda de autonomia do trabalhador<sup>573</sup>.

Em terceiro lugar, a dispensa de licitação (art. 5º) e a possibilidade de replicação deste modelo nas unidades da federação através da criação de empresas públicas de serviços hospitalares estaduais<sup>574</sup> (art. 17) – a exemplo da Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares (EMSERH)<sup>575</sup> – levam o direito administrativo a outro patamar, contrário à ordem constitucional.

Roberto Requião indica que, apesar de esforço da Câmara dos Deputados em afastar o argumento da privatização da saúde via EBSEH – ao se afastar a forma de sociedade anônima –, existem problemas jurídicos e pedagógicos na proposta, que envolvem o desrespeito à autonomia universitária e a ausência de garantia da permanência da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão<sup>576</sup>. O parlamentar conclui que a proposta busca modificar a natureza jurídica dos HUs, atingindo a autonomia das universidades, “para conferir legalidade à mesma situação de precariedade na gestão de pessoal, certamente dando azo ao favoritismo e ao desperdício de recursos públicos”<sup>577</sup>.

Acrescenta-se, neste ponto, a problemática do financiamento. Se há uma crise na dotação orçamentária, o que justificaria a criação de uma empresa, por tempo indeterminado, com o capital 100% da União e patrimônio cedidos das universidades, para administrar os HUs? A resposta até então encontrada segue o padrão do que se pretendeu demonstrar ao longo do estudo: remonta-se a uma crise, cujo objetivo é a privatização, direta ou indiretamente – *in casu* a partir da publicização – e na qual as criações jurídicas fogem ao controle dos órgãos responsáveis por estas atividades.

---

<sup>573</sup> SEMINÁRIO POR UMA NOVA LEI DA INSALUBRIDADE E PELO FIM DA EBSEH. **Palestra proferida pelo professor Wladimir Tadeu Baptista Soares**. São Paulo: SINTUNIFESP, 2018. Disponível em: <http://www.sintunifesp.org.br/site2/index.php/14-categorias-das-publicacoes/noticias/189-seminario-sintunifesp-por-uma-nova-lei-da-insalubridade-e-pelo-fim-da-ebserh>. Acesso em: 31 mar. 2019.

<sup>574</sup> Requião reforça que “a União não tem competência para conceder essa autorização, dada a autonomia dos entes federados de organizarem sua administração, observados os parâmetros inscritos no texto constitucional”. COMISSÃO DE EDUCAÇÃO, CULTURA E ESPORTE. Parecer (SF) de 17 out. 2011, p. 9. Relator: Roberto Requião. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=4194086&ts=1553284203918&disposition=inline>. Acesso em: 19 fev. abr. 2019.

<sup>575</sup> Para maiores informações, recomenda-se o acesso ao link: <http://www.emserh.ma.gov.br/sobre-a-emserh/>.

<sup>576</sup> *Idem. Ibidem*, p. 6-7.

<sup>577</sup> *Idem. Ibidem*, p. 9.

O Decreto nº 7.082/2010, que institui o REHUF, dispõe acerca do “financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde”. Nos termos dos artigos 8º e 9º, significa que os Ministérios da Educação, da Saúde e do Planejamento, Orçamento e Gestão são responsáveis pela dotação orçamentária dos HUs.

Ainda sobre a execução do REHUF, o Decreto nº 8.587/2015 indicou que, no ano de 2015, a destinação orçamentária seria a prevista pela LDO e, a partir de 2016, seriam alocados recursos “em rubrica específica do REHUF, no mínimo, valor correspondente ao aplicado na mesma rubrica no exercício anterior, adicionado da variação percentual do orçamento de ações e serviços públicos de saúde”, havendo reavaliação deste mecanismo a cada dois anos.

A EBSEH é quem recebe recursos e os distribui entre as filiais, de forma a plasmar a “desvinculação administrativo-financeira dos HUs em relação às universidades”, reforçando o quadro de independência da participação popular e distorção do conceito de autonomia universitária. Rafaela Vieira Lamenha denuncia o repasse desigual de dinheiro, culminando na “má distribuição de verbas repassadas aos HUs, que ocorre de acordo com a classificação de seu porte”, abrindo um novo espaço para a mercantilização dos serviços de saúde, por meio da dupla porta de entrada, por exemplo<sup>578</sup>.

A pesquisadora elucida que se criou a necessidade de construção do novo modelo de gestão como única saída a partir da ausência de investimento público de forma regular e adequada ao atendimento das necessidades da população, da carência de recursos humanos<sup>579</sup>.

Apesar disso, dos fatores que contribuíram para o diagnóstico de precarização dos HUs, quase todos foram causados pelo próprio Poder Executivo, a exemplo do não preenchimento de vagas abertas por servidores aposentados, a falta de investimento em reformas de infraestrutura e a aquisição de equipamentos, medicamentos e outros materiais<sup>580</sup>. Destaca-se, mais uma vez, a atuação a favor da precarização do SUS e das relações de trabalho nos HUs.

A solução proposta pela administração pública foi, *contrario sensu* às demandas da comunidade universitária, recrudescer a estratégia neoliberal, imposta como via única e grande solucionadora das dificuldades históricas dos hospitais.

---

<sup>578</sup> LAMENHA, Rafaela Vieira. A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares como solução para a crise dos Hospitais Universitários: determinações econômicas e políticas. In: CORREIA, Maria Valéria Costa. **Política de saúde no Brasil e fortalecimento do setor privado**: desmonte do SUS público, estatal e universal. Maceió: Edufal, 2018, p. 69.

<sup>579</sup> *Idem. Ibidem*, p. 53-54.

<sup>580</sup> ANDES. Ebserh aprofunda precarização dos Hospitais Universitários. In: ANDES. **InformANDES**, nº 72. Brasília: julho de 2017, p. 4.

A Lei nº 12.550/2011 faculta às Instituições Federais de ensino a cessão de bens e direitos necessários ao cumprimento do contrato de gestão à EBSEH, conforme leitura do artigo 13.

Art. 13. Ficam as instituições públicas federais de ensino e instituições congêneres autorizadas a ceder à EBSEH, no âmbito e durante a vigência do contrato de que trata o art. 6º, bens e direitos necessários à sua execução.

Parágrafo único. Ao término do contrato, os bens serão devolvidos à instituição cedente.

Se a Empresa tem vigência por prazo indeterminado, o parágrafo único quase perde seu efeito.

### 5.3.2 O questionamento da constitucionalidade da Lei nº 12.550/2011

Por meio da ADI 4.895, proposta em 31 de outubro de 2012, a Procuradoria Geral da República pediu, em sede de medida cautelar, a impugnação dos artigos 1 a 17 da Lei nº 12.550/11 por reproduzirem, quase na íntegra, o conteúdo da Medida Provisória nº 520, assim como por violarem os artigos 37, *caput*, II e XIX; 39; 173, § 1º; 198; e 207 da Constituição Federal<sup>581</sup>.

O questionamento da constitucionalidade é dividido em dois eixos: (a) a exigência de lei complementar para a criação de uma empresa pública; e (b) a inobservância do regime jurídico dos servidores públicos. Da leitura da Peça Inicial, abre-se margem ao enfrentamento de tópicos referentes à privatização da saúde pública e ao enfraquecimento da autonomia universitária.

Há uma discussão doutrinária, ainda não consolidada pelo Supremo Tribunal Federal, acerca do conteúdo do inciso XIX do artigo 37 da CF, que dispõe:

somente por lei específica poderá ser criada autarquia e autorizada a instituição de empresa pública, de sociedade de economia mista e de fundação, cabendo à lei complementar, neste último caso, definir as áreas de sua atuação.

Parte dos doutrinadores entende que a lei complementar seria cabível apenas às fundações, enquanto outra parcela defende que, além das fundações, esse tipo de lei abrangeria as empresas públicas e as sociedades de economia mista, criando-se duas situações: uma para a formação de uma autarquia e outra para as demais pessoas jurídicas mencionadas<sup>582</sup>. Na ADI,

<sup>581</sup> STF. ADI nº 4.895. Petição Inicial, p. 7. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/estfvisualizadorpub/jsp/consultarprocessoeletronico/ConsultarProcessoEletronico.jsf?seqobjetoincidente=4351459>. Acesso em: 22 dez. 2018.

<sup>582</sup> *Idem. Ibidem*, p. 8-9.

o MPF corrobora com este último posicionamento por entender que “a autarquia é a única entidade vocacionada ao exercício de serviço público típico”<sup>583</sup>.

No caso da prestação de serviços públicos, a Lei Maior do Estado Brasileiro, por meio do artigo 175, identifica como responsável o Poder Público, que pode fazê-lo “diretamente ou sob regime de concessão ou permissão, sempre através de licitação”, submetendo-se ao regime de direito público.

A própria Inicial afirma que existem doutrinadores que não concordam com o posicionamento demonstrado acima, entretanto, apesar de tal divergência, deve-se considerar o fato da Empresa existir e atuar em 40 hospitais universitários na prestação do serviço público de saúde, reafirmando o dever de serem observadas as disposições constitucionais do artigo 37, que discorre sobre princípios e regras a serem cumpridos na prestação de serviços públicos.

O *Parquet* argumenta que a Lei nº 12.550/11 viola o ordenamento jurídico brasileiro ao atribuir o regime da Consolidação das Leis do Trabalho aos trabalhadores permanentes da EBSEH (art. 10), possibilitando a contratação de pessoal técnico e administrativo por tempo determinado mediante processo seletivo simplificado (art. 11) e a celebração de contratos temporários de emprego nos mesmos moldes do artigo anterior (art. 12).

De acordo com o entendimento da PGR acerca do artigo 39 da Constituição, a contratação celetista dos servidores encontra-se dissonante com a leitura constitucional, sendo mais um ponto de contestação da ação.

Há, nas normativas apresentadas, afronta direta à aprovação prévia em concurso público (art. 37, II, CF), pois devem ser observados os regramentos específicos para a contratação, com estipulação de prazo e determinação do serviço a ser prestado, não cabendo justificativa para a contratação precária.

Além dos pontos já explicitados, o Dossiê contra a atuação da EBSEH no Complexo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná aprofunda questões debatidas na ADI e reforça a existência de outros desacordos à ordem constitucional: (a) desrespeito à autonomia universitária e quebra da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, previstos nos artigos 206 e 207 da CF; (b) “desvio das atividades finalísticas da universidade autárquica (ensino, pesquisa e extensão com assistência à saúde) para figurinos de natureza privada”; e (c) “autorização da empresa pública por lei que não tem natureza específica (art. 37, XIX)” e a previsão legislativa de dispositivos que alteram o Código Penal (arts. 18 e 19)<sup>584</sup>.

---

<sup>583</sup> *Idem. Ibidem*, p. 9.

<sup>584</sup> APUFPR (et. al.). **Dossiê contra a atuação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH) no complexo do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná**. Curitiba: 2016, p. 12.

Na ADIN, figuram como *Amicus Curiae*: a Federação Nacional dos Médicos (FENAM); a Federação de Sindicatos de Trabalhadores das Universidades Brasileiras (FASUBRA); Federação Nacional dos Sindicatos de Trabalhadores em Saúde; Trabalho e Previdência Social (FENASPS); Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS); Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior (ANDES); o Conselho Federal de Medicina (CFM); e o Sindicato Estadual dos Trabalhadores de Empresas Públicas de Serviços Hospitalares no Estado de Alagoas (SINDSERH/AL)<sup>585</sup>.

### **5.3.3 A ausência de participação popular na EBSEH: do processo de adesão às instâncias decisórias**

Para que um hospital universitário seja vinculado à EBSEH, é necessário que haja a manifestação favorável da Universidade via Conselho Universitário. Na perspectiva apresentada acerca dos instrumentos de participação popular direta e institucional na gestão pública, os Conselhos Universitários, assim como os de Saúde, deveriam garantir o protagonismo da comunidade acadêmica (estudantes, técnicos e professores, distribuídos de forma paritária ou não) eleita para essa finalidade junto aos espaços decisórios das Instituições de Ensino, perfazendo a máxima constitucionalizada da autonomia universitária (art. 207, CF).

Das 40 filiais existentes, poucas foram as que implementaram um processo democrático de consulta e debate, prevalecendo decisões monocráticas dos Reitores, “processo este marcado por arbitrariedades e até mesmo violência física, em todo o país”<sup>586</sup>. Cabe ainda registrar a expressiva rejeição das comunidades e da sociedade em geral, expressa nos plebiscitos realizados nas Instituições Federais, contrapondo-se às pressões do Executivo Federal sobre as Universidades<sup>587</sup>.

---

<sup>585</sup> Pontua-se que este último, ao contrário dos demais, argumenta pela constitucionalidade da empresa.

<sup>586</sup> APUFPR (et. al.). **Dossiê contra a atuação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH) no complexo do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná**. Curitiba: 2016, p. 7.

<sup>587</sup> PLEBISCITO NACIONAL: mais de 60 mil dizem “NÃO” a EBSEH! **FASUBRA**, 20 abr. 2019. Disponível em: <https://fasubra.org.br/plebiscito-nacional-mais-de-60-mil-dizem-nao-a-ebserh/>. Acesso em: 01 abr. 2019.

Figura 9 – IFES com Hospitais Universitários Federais



Fonte: EBSEH

Na Universidade Federal de Campina Grande, por exemplo, houve 36 votos contra a proposta de adesão e 4 a favor. Menos de dois anos depois, o reitor – de forma inversa ao definido pelo órgão máximo deliberativo da Universidade – aderiu à Empresa monocraticamente.

Em Alagoas, a decisão também se deu de forma autocrática, sem a consulta efetiva aos conselheiros, motivando a abertura de um inquérito civil, e consequente processo administrativo, contra o Reitor<sup>588</sup>. À época, a justificativa usada pela Reitoria da UFAL para a adesão por prazo indeterminado foi a incapacidade da gestão universitária de solucionar os problemas pelos quais atravessava o hospital, materializados principalmente na limitação orçamentária, dificuldade de financiamento e diminuição progressiva do quadro funcional<sup>589</sup>.

<sup>588</sup> APUFPR (et. al.). **Dossiê contra a atuação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH) no complexo do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná**. Curitiba: 2016, p. 10.

<sup>589</sup> EBSEH. **Relatório de Gestão do Exercício de 2014 do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes**. UFAL, 2014. Disponível em:

A resistência à adesão à EBSEERH, e mais recentemente, a cobrança por controle social e participação popular sobre as atividades da empresa são características de setores organizados da sociedade civil, que construíram a reforma sanitária, defendem seus princípios e presenciam cotidianamente o desmonte do SUS.

De acordo com as normativas da EBSEERH, o controle e a fiscalização exercidos sobre a Empresa têm natureza interna – proveniente dos órgãos do Poder Executivo – e externa, realizada pelo Congresso Nacional e pelo Tribunal de Contas da União, inexistindo qualquer previsão de controle social, seja na Lei nº 12.550/2011 ou no Decreto nº 7.661/2011.

O artigo 9º da Lei nº 12.550/2011 atribui que “a EBSEERH será administrada por um Conselho de Administração, com funções deliberativas, e por uma Diretoria Executiva e contará ainda com um Conselho Fiscal e um Conselho Consultivo”, prevendo também que a responsabilidade do Estatuto Social é definir “a composição, as atribuições e o funcionamento dos órgãos” acima.

O artigo 12 do Estatuto Social da EBSEERH dispõe que, além da Assembleia Geral, são estatutários os seguintes órgãos:

- I – Conselho de Administração
- II – Diretoria Executiva;
- III – Conselho Fiscal;
- IV – Conselho Consultivo;
- V – Comitê de Auditoria;
- VI – Comitê de Elegibilidade, Indicação e Remuneração;
- VII – Comitê de Compras e Contratações;
- VIII – Comitê de Partes Relacionadas; e
- IX – Comissão de Ética<sup>590</sup>.

Em complemento, o Regimento Interno da Empresa prevê outros órgãos que somados aos estatutários compõem a estrutura de governança da Empresa, classificados em Órgãos de Administração; Órgãos de Fiscalização e Comissões e Comitês<sup>591</sup>.

Os órgãos de administração são compostos pelo Conselho de Administração, Diretoria Executiva e Conselho Consultivo. Fazem parte dos órgãos de fiscalização o Conselho Fiscal e a Auditoria Interna. As comissões e comitês previstas pelo Regimento Interno da EBSEERH são

---

[http://www.ebserh.gov.br/documents/221436/333593/Relat%C3%B3rio+de+Gest%C3%A3o\\_2014\\_FINAL\\_30.03.2015.pdf/f73baa95-ff65-41e2-8d1c-6e655e7862f8](http://www.ebserh.gov.br/documents/221436/333593/Relat%C3%B3rio+de+Gest%C3%A3o_2014_FINAL_30.03.2015.pdf/f73baa95-ff65-41e2-8d1c-6e655e7862f8). Acesso em: 16 ago. 2017.

<sup>590</sup> EBSEERH. Estatuto Social. Aprovado pela Assembleia Geral Extraordinária realizada em 29 de junho de 2018. Disponível em: [http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/0/1+-EstatutoSocial\\_AGE\\_30ago2018\\_rubricaPGFN\\_registroJComercial\\_ok.pdf/7880ac95-aacc-497a-8145-ac3b8938c8b0](http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/0/1+-EstatutoSocial_AGE_30ago2018_rubricaPGFN_registroJComercial_ok.pdf/7880ac95-aacc-497a-8145-ac3b8938c8b0). Acesso em: 23 dez. 2018.

<sup>591</sup> EBSEERH. Regimento Interno (3ª Revisão). Aprovado na 49ª Reunião do Conselho de Administração, realizada no dia 10 de maio de 2016. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/112576/Regimento+Interno+Aprovado+CA+12052016.pdf/fda5583a-4f34-44ed-b75b-ea96c1332b4b>. Acesso em: 06 out. 2018.

(i) a comissão de ética; (ii) o comitê interno de gestão do REHUF; (iii) a comissão de controle interno; (iv) o comitê de gestão de riscos e crise; (v) o comitê permanente de desenvolvimento de pessoas da sede; (vi) o comitê gestor de segurança da informação e comunicação; (vii) o comitê de governança de tecnologia da informação e comunicação; (viii) o comitê de governança do aplicativo para gestão dos Hospitais Universitários; e (ix) outras comissões e comitês constituídos pela Presidência ou pela Diretoria Executiva<sup>592</sup>.

O quadro sinóptico abaixo demonstra a estrutura de governança da Empresa:

Tabela 4 – Estrutura de governança da EBSEH

Órgão	Composição
Órgãos de Administração	Conselho de Administração; Diretoria Executiva; Conselho Consultivo.
Órgãos de Fiscalização	Conselho Fiscal; Auditoria Interna.
Comissões e Comitês	Comissão de Ética; Comitê Interno de Gestão do REHUF; Comissão de Controle Interno; Comitê de Gestão de Riscos e Crise; Comitê Permanente de Desenvolvimento de Pessoas da Sede; Comitê Gestor de Segurança da Informação e Comunicação; Comitê de Governança de Tecnologia da Informação e Comunicação; Comitê de Governança do Aplicativo para Gestão dos Hospitais Universitários; Outras comissões e comitês constituídos pela Presidência ou pela Diretoria Executiva.

Fonte: Organizada pelo autor.

Critica-se ainda a forma de escolha dos gestores locais dos Hospitais, que passam a ser subordinados política e economicamente à EBSEH, porque apesar de ser indicado pela Instituição Federal de Ensino Superior (IFES), as decisões são restritas aos interesses da empresa, não da universidade, devendo o gestor estar subordinado à EBSEH, “seguindo as normas ditadas pela empresa”<sup>593</sup>.

Em substituição ao processo democrático de escolha de diretorias uma vez existente nos HUs do país, surgiram as indicações e cargos comissionados. O ANDES constatou que essas indicações são difusas, podendo ser feitas pelos reitores ou pela empresa, a depender de como se deu a adesão em cada localidade, bem como a articulação com políticos locais. A situação

<sup>592</sup> EBSEH. Regimento Interno (3ª Revisão). Aprovado na 49ª Reunião do Conselho de Administração, realizada no dia 10 de maio de 2016. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/112576/Regimento+Interno+Aprovado+CA+12052016.pdf/fda5583a-4f34-44ed-b75b-ea96c1332b4b>. Acesso em: 06 out. 2018.

<sup>593</sup> APUFPR (et. al.). **Dossiê contra a atuação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH) no complexo do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná**. Curitiba: APUFPR, 2016, p. 18.

relatada dá respaldo ao aprofundamento de uma administração patrimonialista e clientelista, tendo como função o aparelhamento político dos HUs<sup>594</sup>.

Entre os instrumentos normativos que regulam a EBSEH, a única menção ao controle social é feita no artigo 67 do Estatuto Social da Empresa ao tratar do Conselho Consultivo.

Art. 67. Conselho Consultivo é órgão permanente da EBSEH que tem as finalidades de consulta, **controle social** e apoio à Diretoria Executiva e ao Conselho de Administração, e é constituído pelos seguintes membros:

I- o Presidente da EBSEH, que o preside;

II – 2 (dois) representantes do Ministério da Educação;

III – 1 (um) representante do Ministério da Saúde;

IV – 1 (um) representante dos usuários dos serviços de saúde dos hospitais universitários federais, indicado pelo Conselho Nacional de Saúde;

V – 1 (um) representante dos residentes em saúde dos hospitais universitários federais, indicado pelo conjunto de entidades representativas;

VI - 1 (um) reitor ou diretor de hospital universitário, indicado pela ANDIFES; e

VII - 1 (um) representante dos trabalhadores dos hospitais universitários federais administrados pela EBSEH, indicado pela respectiva entidade representativa [grifos nossos].

Ainda assim, o Conselho Consultivo atua assistindo, de forma subordinada, a Diretoria Executiva e o Conselho de Administração, sugerindo “quanto ao papel social da empresa, sem garantia de que serão aceitas e implementadas”<sup>595</sup>. Destaca-se a utilização dos verbos que definem a competência dos conselhos, pois se o conselho fiscal e o administrativo, formados por agentes governamentais ou da Empresa, possuem atribuições do tipo “fixar, aprovar, deliberar, apreciar, autorizar, fiscalizar e designar”, cabe ao conselho consultivo o papel de “opinar, propor, acompanhar e assistir”<sup>596</sup>.

Portanto, apesar do Conselho Consultivo ser o órgão responsável pelo controle social (em sentido estrito, e não na acepção de participação popular), é ao Conselho de Administração que compete a deliberação “sobre alteração do capital e do Estatuto Social da EBSEH (artigo 12, *caput*, e artigo 13, I e II do Estatuto)”, possibilitando que ocorram, posteriormente, mudanças no próprio regime jurídico da Empresa, no sentido da constituição de Sociedade Anônima, como previa a Medida Provisória nº 520/2010, “com abertura de ações no mercado de capitais, passando a ter uma finalidade lucrativa também para atender as expectativas financeiras dos seus sócios”<sup>597</sup>.

<sup>594</sup> ANDES. Eberh aprofunda precarização dos Hospitais Universitários. In: ANDES. **InformANDES**, nº 72. Brasília: julho de 2017, p. 5.

<sup>595</sup> LAMENHA, Rafaela Vieira. A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares como solução para a crise dos Hospitais Universitários: determinações econômicas e políticas. In: CORREIA, Maria Valéria Costa. **Política de saúde no Brasil e fortalecimento do setor privado: desmonte do SUS público, estatal e universal**. Maceió: Edufal, 2018, p. 67.

<sup>596</sup> *Idem. Ibidem*, p. 68.

<sup>597</sup> SOARES, Wladimir Tadeu Baptista. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH), Sistema Único de Saúde (SUS) e Autonomia Universitária**. 2016. 110 páginas. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Justiça Administrativa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, p. 69.

Destaca-se a ausência de usuários na administração local, das filiais, composta por um colegiado executivo composto pelo superintendente do hospital e os gerentes administrativos, de atenção à saúde e de ensino e pesquisa, no caso de hospitais universitários ou de ensino (art. 60 do antigo Estatuto Social da Empresa).

A nível de um país continental do tamanho do Brasil e da quantidade de pessoas que se utilizam exclusivamente do SUS, o órgão que exerce o controle social na EBSEH tem um único representante dos usuários. Se no SUS esta participação compõe 50% dos Conselhos nos três níveis, na EBSEH as cadeiras de decisão são majoritariamente ocupadas por cargos de direção do governo federal, revestidos por uma suposta tecnocracia, sendo esvaziada a noção e importância da consolidação democrática num espaço de execução da política pública de saúde de média e alta complexidade em todo o país, fragilizando a democracia em suas bases (classe trabalhadora e usuários do SUS).

Binenbojm destaca na sociedade cotidiana a pulverização da tomada de decisões, majoritariamente tomada por burocratas profissionais, tecnocratas, somado ao fenômeno patrimonialista, sempre presente na história da administração pública brasileira, o que levanta o questionamento da legitimidade dessas escolhas<sup>598</sup>.

De maneira não regulamentada estatutariamente, existe uma diretriz técnica para a criação de Conselhos Consultivos nas filiais, com composição à semelhança da existente na sede, ou seja, o superintendente do hospital, que o preside; um representante da Secretaria Estadual de Saúde; um representante da Secretaria Municipal de Saúde; um representante dos usuários dos serviços de saúde do hospital, indicado pelo Conselho Estadual de Saúde; um representante dos residentes em saúde do hospital, indicado pelo conjunto de entidades representativas; e um representante dos trabalhadores do hospital, indicado pela respectiva entidade representativa.

Esse Conselho Consultivo – ao contrário dos Conselhos de Saúde do SUS, que possuem caráter deliberativo –, apresenta funções apenas de assessoria e cuja composição é estranha ao padrão universitário, que usualmente contam com a participação da comunidade acadêmica nos órgãos colegiados de decisão. Num espaço no qual o ensino, ao lado da pesquisa e da extensão, são as finalidades últimas dos HUs, não há representação de unidades acadêmicas, de docentes e de discentes da graduação. Os trabalhadores técnico-administrativos, que representam uma parcela do trabalho dos HUs, também não estão representados.

---

<sup>598</sup> BINENBOJM, Gustavo. **Uma teoria do direito administrativo**. Direitos fundamentais, democracia e constituição. 3. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2014, p. 310-311.

Embora alguns hospitais universitários filiados à EBSEH tenham modificado essa composição, é relevante destacar que tais mudanças foram realizadas sem qualquer orientação, por parte da empresa, nesse sentido. Ademais, como isso não tem respaldo estatutário, são modificações que têm existência precária, podendo ser revertidas com facilidade.

### **5.3.4 Autonomia universitária às avessas e desconsideração da democracia sanitária: estudo de caso da exoneração da superintendente do HUPAA em junho de 2017**

As várias formas de contestação, desde mobilizações e plebiscitos nas Instituições Federais de Ensino Superior ao questionamento sobre a constitucionalidade da Lei nº 12.550/2011 (ADI nº 4.895), apontavam a necessidade de uma cautelosa avaliação sobre os impactos da criação dessa empresa pública. Justificados por diversos tipos de demandas, entre elas, a ampliação de recursos e a regularização do quadro funcional dos hospitais, reitores aderiram monocraticamente à EBSEH, contrariando muitas vezes a comunidade acadêmica, um vetor das bases da democracia sanitária.

A instalação e gestão da EBSEH, bem como seus impactos sobre o ensino, pesquisa, extensão e assistência à saúde dos Hospitais Universitários do país são resultados palpáveis do avanço da conjuntura neoliberal e privatista sobre a saúde pública, bem como seus efeitos na “nova” configuração de normas jurídicas.

O princípio da autonomia didático-científica das Universidades foi consagrado no artigo 207 da Constituição Federal, que aduz: “as universidades gozam de autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial, e obedecerão ao princípio de indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão”, cabendo às leis infraconstitucionais observarem esse marco.

O artigo 3º da Lei nº 12.550/2011, que institui a EBSEH, apesar de citar a autonomia universitária, o faz sem apresentar um conceito próprio, apenas se referindo ao dispositivo constitucional.

Art. 3º. A EBSEH terá por finalidade a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como a prestação às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, **observada, nos termos do art. 207 da Constituição Federal, a autonomia universitária** [grifos nossos].

Ao mesmo tempo, é possível observar que esse princípio encontra limites práticos em sua aplicação, na medida em que a estrutura da organização acompanha as referências

administrativas empresariais, organizada sob a forma de sede e filiais<sup>599</sup>, cabendo à primeira decidir sobre “diretrizes da pesquisa” e “metas de desempenho na atenção à saúde, de forma assistencialista [e limitada<sup>600</sup>], sem garantias com o ensino, pesquisa e extensão”<sup>601</sup>.

Daniella Borges Ribeiro resgata o conceito de autonomia universitária da constituinte, qual seja, “a capacidade de direção que a universidade possui sendo autônoma frente aos anseios do mercado e do Estado – sem que isso implique a recusa do Estado em financiar integralmente as atividades pertinentes a esta instituição de ensino”<sup>602</sup>.

Para a autora, abre-se margem a uma descaracterização do princípio constitucional e sua substituição, via mercado, por um entendimento privatista de autofinanciamento da Universidade, que as induz a “captarem recursos no mercado sob a tônica do atual famigerado empreendedorismo”<sup>603</sup>.

Em 2014, a UFAL celebrou com a EBSEH um Contrato de Gestão Especial Gratuita (Contrato N° 01/2014), no qual passava à contratada a administração do hospital. No Contrato de Gestão e em outros documentos anexos, como o Plano de Reestruturação Hospital Professor Alberto Antunes da Universidade Federal de Alagoas estavam definidas metas e objetivos que deveriam ter sido executados pela “nova” administração na busca de soluções para questões relativas à aquisição e utilização de recursos e materiais para o Hospital; às condições de trabalho dos empregados contratados pela EBSEH; e à autonomia universitária.

Entretanto, um fato ocorrido em 07 de junho de 2017 materializou a permanente tensão e disputa existente no conteúdo da autonomia universitária. Foi publicada no Diário Oficial da União a Portaria n° 136, na qual o presidente da EBSEH à época, Kleber de Melo Morais,

---

<sup>599</sup> Conforme o art. 1º da Lei nº 12.550: “Fica o Poder Executivo autorizado a criar empresa pública unipessoal, [...], denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH, com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação, com prazo de duração indeterminado. § 1º **A EBSEH terá sede e foro em Brasília, Distrito Federal, e poderá manter escritórios, representações, dependências e filiais em outras unidades da Federação.** § 2º Fica a EBSEH autorizada a criar subsidiárias para o desenvolvimento de atividades inerentes ao seu objeto social, [...]” [grifos nossos].

<sup>600</sup> Gestores, trabalhadores e militantes questionam a autonomia da EBSEH para fechar serviços (principalmente de alta complexidade) e diminuir leitos. Dados apresentados demonstram que ao longo dos últimos cinco anos, 30 mil leitos foram reduzidos no SUS. SEMINÁRIO “DISCUTIR A AUTONOMIA DAS UNIVERSIDADES FEDERAIS SOBRE A GESTÃO DAS ATIVIDADES REALIZADAS PELOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS” (Requerimento nº. 470, da Deputada Erika Kokay). Brasília: Comissão de Seguridade Social e Família, 2017. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=nXX18NmJuow&t=197s>. Acesso em: 08 ago. 2017.

<sup>601</sup> APUFPR (et. al.). **Dossiê contra a atuação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH) no complexo do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná.** Curitiba: 2016, p. 18.

<sup>602</sup> RIBEIRO, Daniella Borges. A autonomia universitária na era da parceria público-privado. **Universidade e Sociedade** 56. Brasília: ANDES, junho de 2016, p. 112. Disponível em: <http://www.andes.org.br/imprensa/publicacoes/imp-pub-98128498.pdf>. Acesso em: 01 out. 2018.

<sup>603</sup> *Idem*, *Ibidem*, p. 112.

exonerou a Profa. Dra. Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi do cargo de Superintendente do HUPAA/UFAL sem a devida consulta à Reitoria ou ao Conselho Universitário.

Tal ato estaria amparado no item V do art. 18 do Estatuto Social da Empresa (Decreto nº 7.661), que atribui competência ao seu Presidente de

admitir, promover, punir, dispensar e praticar os demais atos compreendidos na administração de pessoal, de acordo com as normas e critérios previstos em lei e aprovados pela Diretoria, podendo delegar esta atribuição no todo ou em parte.

A exoneração ocorreu sete dias após a realização do Seminário “Discutir a autonomia das Universidades Federais sobre a questão das atividades realizadas pelos Hospitais Universitários”, organizado pela Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, em Brasília.

O evento, que aconteceu no dia 30 de maio de 2017, com o objetivo de ouvir e debater a gestão da EBSEH, contou com a participação de representações da Federação dos Sindicatos das Universidades Públicas (FASUBRA), da Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social (CNTSS), da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, dos Fóruns Estaduais em Defesa do SUS, da Auditoria de Controle Externo da União, de docentes e trabalhadores de diversas universidades federais do país, além de Deputados Federais.

Foi recorrente a denúncia da “política de asfixia de recursos” implementada pelo Governo Federal junto aos Hospitais que não aderiram à Empresa, ampliando o sucateamento e reforçando retrocessos em direitos. Essa estratégia, inclusive, incitou grande parte dos Hospitais à adesão ao Programa e o repasse de gestão à EBSEH. Portanto, o argumento inicial contido na justificativa da Lei nº 12.550/2011 de que “a decisão de contratar ou não os serviços da empresa pública é também da universidade, que poderá fazê-lo se e quando julgar mais conveniente”<sup>604</sup> é profundamente questionável.

A presidência da EBSEH foi convidada a participar do Seminário, no entanto, justificou posteriormente sua ausência aduzindo que naquele horário específico estaria firmando parceria com a Associação dos Diretores Gerais dos Centros Hospitalares Regionais e Universitários da França (CHU). Da mesma forma, o Ministério da Educação não enviou representação.

Após a observância de denúncias de irregularidades nos dispositivos dos contratos de gestão, adesão e cessão nas diversas universidades, e, depois do debate sobre o conteúdo da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 4.895, interposta contra a Lei nº 12.550/11, o

---

<sup>604</sup> BRASIL, EM Interministerial nº 00127/2011/MP/MEC, p. 17. Em: MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=4194077&ts=1553284203857&disposition=inline>. Acesso em: 01 abr. 2019.

encaminhamento final do Seminário considerou essencial a criação de um Grupo de Trabalho com o objetivo de monitorar as práticas implementadas nas filiais da EBSERH<sup>605</sup>.

Durante o evento, e, em consonância com o que era debatido, a então Superintendente do HUPAA/UFAL realizou sua intervenção, na qual propôs a necessidade de uma avaliação dos resultados decorrentes do contrato de gestão celebrado entre as universidades e a Empresa. Essa apreciação teria como finalidade comprovar, ou não, o cumprimento dos objetivos e metas definidas pelo ato administrativo, que, a depender da verificação, poderia justificar não apenas a sua denúncia, mas contribuir para a fundamentação da própria revogação da Lei nº 12.550/2011. Abaixo, segue transcrita parte de sua fala:

(Seminário 30 maio 2017) [...] **primeiro eu acho o seguinte, se a gente extinguir hoje a EBSERH, o que é que vai acontecer nesse país?** Queria perguntar isso aí. Se a gente extinguir, por exemplo, o Ministério da Saúde ou da Educação, vai acontecer muita coisa. Se a gente extinguir os Hospitais Universitários, vai ser um caos bastante significativo e no Nordeste, no meu estado, é o único hospital de alta complexidade daquele estado pobre e penúltimo PIB do país. Então se eu extinguir o hospital universitário, vai acontecer um caos na saúde da população. **Se eu extinguir a EBSERH o que é que vai acontecer? Nada. Nada. Você, tirando os cargos de comissão, o que resta de funcionários hoje, perfeitamente compõem o antigo departamento de acompanhamento e monitoramento do MEC.** Então, eu não vejo que isso gere um significativo impacto. Muito pelo contrário. O financiamento do nosso hospital depende das mesmas fontes que a UFRJ: REHUF e contratualização. A gente não tem nenhum recurso adicional além disso. **A única diferença é que a gente tem trabalhadores. E aí o que a gente faz com os trabalhadores? Então para concluir, esses trabalhadores concursados celetistas eles podem perfeitamente, através de uma emenda constitucional, integrar o quadro dos RJUs. [...]** Então acho que a gente está hoje numa posição bastante confortável, [...] **não tem problema nenhum rever política pública. Política pública deve ser monitorada. Deve ser revista e a gente deve modificar aquilo que não deu certo.** Obrigada<sup>606</sup> [grifos nossos].

No entanto, como pode ser observado na nota do Sindicato Estadual dos Trabalhadores de Empresas Públicas de Serviços Hospitalares no Estado de Alagoas (SINDSERH/AL), algumas partes do texto foram destacadas em relação a outras, além de certas inserções claramente identificáveis, de tal forma que se produziu um resultado narrativo de efeitos bem diferentes:

REPUDIAMOS o discurso proferido pela Superintendente do HUPAA/EBSERH/ALAGOAS, Sr.<sup>a</sup> Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi, no seminário da Comissão de Seguridade Social e Família, da Câmara dos Deputados, com o tema: discutir a autonomia das Universidades Federais sobre a gestão das atividades realizadas, que ocorreu em 30.05.2017, onde Ela relatou que: “Que Ela irá encaminhar para a citada comissão da Câmara dos Deputados, os elementos objetivos

<sup>605</sup> Durante o Seminário foi bastante criticada a qualidade da política do Ministério em relação aos Hospitais Universitários que não aderiram ao modelo de gestão, a exemplo da UFRJ, UFU e UNIFESP.

<sup>606</sup> SEMINÁRIO “DISCUTIR A AUTONOMIA DAS UNIVERSIDADES FEDERAIS SOBRE A GESTÃO DAS ATIVIDADES REALIZADAS PELOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS” (Requerimento nº 470, da Deputada Erika Kokay). Brasília: Comissão de Seguridade Social e Família, 2017. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=nXX18NmJuow&t=197s>. Acesso em 08 ago. 2017.

que indicam o descumprimento de várias cláusulas do contrato de gestão da EBSEERH com a UFAL; **Se a gente extinguir a Ebserh, o que é que vai acontecer nesse país?... NADA; A gente deve modificar aquilo que não deu certo; Através de uma emenda constitucional, os trabalhadores da EBSEERH podem integrar o quadro dos RJU's**".

AO MESMO TEMPO QUE solicitamos ao Presidente Nacional da EBSEERH, Dr. Kleber de Melo Moraes que se pronuncie oficialmente sobre essa situação conflituosa acima; e que se faça presente em nossa Unidade Hospitalar, para equalizarmos essa **postura antagônica**, desempenhada pela atual Superintendente, que está **tornando incerto e tortuoso o ambiente de trabalho dos Empregados Públicos Federais**, concursados para desempenharem as suas funções profissionais no HUPAA/EBSEERH/Alagoas<sup>607</sup> [grifos nossos].

No texto em destaque, é verificável a descontextualização da fala, materializada, por exemplo, na expressão “a gente deve modificar aquilo que não deu certo”, que alterou todo o sentido semântico, considerando o primeiro contexto.

Apesar do ato administrativo de exoneração não conter motivação expressa, é razoável concluir que tenha existido uma correlação entre este e a “solicitação de um pronunciamento oficial”, diante do aparente conflito.

Por outro lado, o Regimento Interno da EBSEERH define, em seu artigo 60, § 2º, que a seleção e a indicação do Superintendente deve ser feita pelo Reitor, desde que observados os requisitos referentes à titulação acadêmica e experiência em gestão pública em saúde, havendo um entendimento entre a Reitoria e a Empresa. Ademais, o item I da Cláusula Nona do Contrato de Gestão celebrado entre EBSEERH e UFAL<sup>608</sup> prevê o mesmo dispositivo<sup>609</sup>. Assim, apesar de a nomeação e exoneração serem prerrogativas na EBSEERH, a indicação é de competência da Universidade.

Diante de tais eventos, a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS) passou a qualificar tal atitude como “autoritária e um golpe definitivo à autonomia universitária”, ato que evidencia o esvaziamento de controle administrativo das Universidades sobre os Hospitais Universitários. Em nota, o movimento social declarou que:

<sup>607</sup> SINDSERH/AL. Moção de repúdio a Superintendente do Hospital Universitário de Alagoas. **Trabalhadores da EBSEERH**, 03 jun. 2017. Disponível em: <http://trabalhadoresdaebserh.blogspot.com.br/2017/06/mocao-de-repudio-superintendente-do.html>. Acesso em: 02 ago. 2017.

<sup>608</sup> CONTRATO nº 1/2014. Contrato de Gestão Especial Gratuita que entre si celebram a Universidade Federal de Alagoas – UFAL e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEERH. Brasília, 14 de janeiro de 2014, p. 8.

<sup>609</sup> O artigo 8º da Resolução da Diretoria Executiva nº. 8/2012, da forma mais esvaziada de conteúdo possível, define que “o procedimento de exoneração para os cargos em comissão e funções gratificadas previstas na presente Resolução seguirá as regras gerais aplicáveis ao caso, *ad nutum*”. EBSEERH. Resolução da Diretoria Executiva nº. 8, de 24 de setembro de 2012. Dispõe sobre os procedimentos e critérios de seleção para ocupantes de Cargos em Comissão e Funções Gratificadas da rede de Hospitais Universitários Federais. Em: EBSEERH. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/16888/0/10.+Resolu%C3%A7%C3%A3o+n%C2%BA+8%252c+de+24+d+e+setembro+de+2012+%281%29.pdf/86483b02-914d-4525-aeb2-1188457cfd7>. Acesso em: 16 ago. 2017.

[...] em tempos que a privatização da coisa pública, a criminalização das lutas sociais e a repressão aos que resistem aos retrocessos dos trabalhadores são a norma imposta, essa mobilização foi o estopim que culminou com a demissão da superintendente do HUPAA sem ao menos haver qualquer tipo de discussão com a reitora que a nomeou, demonstrando o perigo que essa empresa representa para a tênue autonomia universitária que as demais universidades do país têm sobre seus hospitais<sup>610</sup>.

A partir desse fato, organizaram-se mobilizações nacionais pela revogação da portaria de exoneração; em favor da resistência ao “novo modelo de gestão” e à privatização da saúde pública; e em defesa da autonomia universitária. Em Maceió, diversos atos foram realizados contra a ingerência do governo federal na administração universitária. O Sindicato dos Trabalhadores da Universidade Federal de Alagoas defendeu a gestão democrática praticada no HUPAA que se mantém em “constante diálogo com sindicatos, valorização do Conselho Consultivo e transparência”<sup>611</sup>. A essa, outras moções de apoio à gestão da UFAL foram aprovadas por diversos Conselhos Universitários e pelo Conselho Nacional de Saúde<sup>612</sup>.

Em pronunciamento na Câmara dos Deputados, a Deputada Erika Kokay (PT/DF), responsável pela convocação do Seminário supramencionado, denunciou que

[...] a exoneração se configura numa clara retaliação à professora, [...] que fez críticas ao desmonte da saúde pública e à gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH. [...] numa clara atitude de perseguição política e **grave afronta à autonomia universitária**. Uma exoneração que cheira a uma indevida intervenção, que se presta a aprofundar ainda mais o processo de desmonte dos serviços públicos<sup>613</sup> [grifos nossos].

Depois de desavenças acerca do entendimento entre a presidência da EBSEH e a Reitoria da UFAL, em 13 de junho de 2017, o Secretário do Ensino Superior do MEC, o Presidente da EBSEH e a Reitora da UFAL se reuniram em Brasília para solucionar a questão, que já produzia impactos nacionais. Ao fim desse encontro<sup>614</sup>, a Universidade recuperaria a

<sup>610</sup> FNCPS. Moção de repúdio ao ato de exoneração arbitrária da Superintendente do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes (HUPAA) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi. FNCPS, 08 jun. 2017. Disponível em: <http://www.contraprivatizacao.com.br/2017/06/1107.html>. Acesso em: 09 ago. 2017.

<sup>611</sup> SINTUFAL. Nota de repúdio a exoneração da Superintendente do HU/UFAL. SINTUFAL, 08 jun. 2017. Disponível em: <http://sintufal.org.br/conteudo/1937/nota-de-rep-dio-a-exonera-o-da-superintendente-do-hu-ufal>. Acesso em: 10 jun. 2017.

<sup>612</sup> CORREIA, Maria Valéria Costa. Relato da reitora da UFAL sobre reunião com MEC e EBSEH. FNCPS, 14 jun. 2017. Disponível em: <http://www.contraprivatizacao.com.br/2017/06/1109.html>. Acesso em: 10 ago. 2017.

<sup>613</sup> CÂMARA DOS DEPUTADOS. Discursos e Notas Taquigráficas. Sessão: 160.3.55.O. Hora: 16h00. **Câmara dos Deputados**, 14 jun. 2016. Disponível em: <http://www.camara.leg.br/internet/sitaqweb/TextoHTML.aspx?nuSessao=160.3.55.O&nuQuarto=41&nuOrador=2&nuInsercao=0&dtHorarioQuarto=16:00&sgFaseSessao=CP&Data=14/06/2017&txApelido=ERIKA KOKAY&txFaseSessao=Comunicações Parlamentares &dtHoraQuarto=16:00&txEtapa=Sem redação final>. Acesso em: 16 ago. 2017.

<sup>614</sup> O Ministério da Educação acusou a gestão universitária de submeter o Hospital Universitário a um “estado de vulnerabilidade”: “[...] não houve justificativa expressa na exoneração, mesmo com a superintendente Fátima realizando uma gestão democrática e elevando todos os indicadores. Terá sido a crítica dela à Ebserh? Temos muito o que analisar. Mas, graças às mobilizações pudemos recuperar a prerrogativa de indicação da nova

prerrogativa de indicação de uma nova Superintendente, a Profa. Dra. Regina Maria dos Santos, que foi nomeada *pro tempore*, de acordo com a Portaria de nº 143, publicada no Diário Oficial da União de 14 de junho de 2017. A professora continua é a atual Superintendente do HUPAA.

Para alguns, o ato de exoneração da professora Fátima Siliansky associa-se à tentativa de desmobilização da FNCPS em Alagoas, que defende a democratização, transparência, participação social na gestão dos hospitais universitários. No caso do Estado alagoano, esse movimento recebeu reforço institucional com a eleição da reitora Maria Valéria Correia, umas das principais lideranças do movimento social.

O caso narrado integra a lógica de um determinado modelo gerencial que tem produzido o “desmonte” da saúde pública brasileira, atingindo de sobremodo os Hospitais Universitários.

---

Superintendente [...]”. CORREIA, Maria Valéria Costa. Relato da reitora da UFAL sobre reunião com MEC e EBSEH. **FNCPS**, 14 jun. 2017. Disponível em: <http://www.contraprivatizacao.com.br/2017/06/1109.html>. Acesso em: 10 ago. 2017.

## 6 CONCLUSÃO

Pensado enquanto política pública de atenção à saúde pública brasileira, o SUS surge no contexto pós-ditatorial, a partir da reconstrução dos anseios populares e de uma série de direitos sociais que haviam sido sepultados pelo regime civil-militar autoritário e subalterno aos desígnios do capital estrangeiro, ainda que com adornos nacionalistas.

Dessa forma, a relevante participação popular observada na Constituinte (na qual se destaca a mobilização do movimento de reforma sanitária) e a conseqüente redação da Carta Constitucional de 1988 representaram a síntese da disputa de projetos políticos que visavam definir os rumos econômicos, políticos e jurídicos do Brasil a partir de uma suposta virada de página da história rumo à democracia e ao Estado Democrático de Direito.

A saúde pública foi constitucionalizada como dever do Estado, com orçamento próprio, compondo a seguridade social junto a assistência e a previdência social. Considerado direito-dever fundamental protegido por cláusula pétrea, devendo ser diretamente aplicável, prevê a necessidade de atuação e articulação dos três poderes estatais – Executivo, Legislativo e Judiciário.

Além da Constituição, as Leis Orgânicas da Saúde fundamentam as bases do direito sanitário brasileiro, encadeando os princípios (universalidade, equidade e integralidade, por exemplo) e as diretrizes (descentralização, regionalização e hierarquização) à viabilização prática da proteção da vida e saúde dos cidadãos, compreendendo-se que a saúde é bem mais do que a assistência médico-hospitalar.

Além do dever de agir do Estado para a realização da saúde (dimensão positiva), a doutrina assegura que nem este ente, tampouco qualquer indivíduo, têm a faculdade de impedir a realização do direito à saúde de quem quer que seja (dimensão negativa). A saúde pública, no entanto, continua a ser um dos maiores problemas sociais do país, demonstrando que a constitucionalização, por si só, não solucionou um problema social e histórico. E mais: observou-se que o Estado não cumpriu o conjunto de promessas constitucionais, abandonando o projeto político, que perde paulatinamente seu caráter vinculante, limitado à funcionalidade de uma declaração bem-intencionada.

Ao longo desses 30 anos de SUS, muito se perdeu. Dentro do abismo criado entre o que pretendia ser e o que é na prática, conclui-se que há um movimento de aproximação ao do modelo vigente durante o regime ditatorial, no qual sublinha-se a prioridade dada ao sistema privado de saúde, a exemplo da destinação de boa parte do orçamento público a esse setor, e o tratamento da atenção pública por meio da filantropia e do assistencialismo.

Ressalta-se a centralidade da democracia sanitária no modelo pensado e aplicado no SUS como forma de exercício coletivo da soberania popular na qual a formulação, execução e fiscalização das políticas sanitárias passam pela sociedade civil, organizada institucionalmente (nos Conselhos e Conferências de Saúde) ou em espaços fora da institucionalidade (em movimentos sociais ou participações individualizadas).

É preciso atentar que a mera garantia da institucionalidade não é bastante em si, sobretudo diante das raízes autoritárias, patrimoniais e corruptas que maculam a história do Brasil. Abre-se um primeiro desafio à democracia sanitária no sentido de pensar em mecanismos que assegurem a horizontalidade nesses espaços, enfatizando a escuta e participação daqueles que dependem do SUS.

Em sentido contrário, quem tomou a dianteira na proposição e determinação da política de saúde brasileira foram os oligopólios de planos privados e as organizações internacionais, fazendo valer a soberania dos mercados. Este tipo de soberania, foi aprofundado com a implementação do neoliberalismo no país, que tem origens na reorganização do capital diante do cenário de crise estrutural.

A partir da década de 1970, constata-se a crise estrutural do capital pelo esgotamento da expansão capitalista, que busca novas formas de manutenção e alargamento de seus lucros e sustentabilidade a partir de uma reorganização que culmina na trípole destrutiva descrita por Ricardo Antunes. As soluções encontradas impuseram à humanidade um modelo de “globalização perversa” no qual em nenhum momento os trabalhadores, a natureza ou a democracia foram poupados pelo neoliberalismo, pela financeirização da economia ou pela reestruturação produtiva.

Capital e trabalho representam polos opostos e, para que um avance, o outro deve recuar. Dentro dessa discussão, a pesquisa demonstrou a maneira pela qual o discurso de crise, focado na saúde pública, sustenta a expansão do capital às custas do trabalho (e do trabalhador).

Não faltam exemplos e elementos de situações que confirmam que o neoliberalismo não é uma mera teoria da conspiração, mas uma racionalidade planejada e especializada ao longo do século XX, posteriormente implementada nos Estados, visando legitimar a centralidade do capital nas relações de governo, direcionando também as condutas subjetivas dos cidadãos.

A lógica empresarial é aplicada aos Estados, que devem se livrar de tudo aquilo que não contribua para o desenvolvimento – entendido aqui como garantia do superávit fiscal. Assim, privatizações, flexibilizações e desregulamentações de direitos que desestruturaram o *Welfare State* – ou no caso de países periféricos, as breves legislações sociais protetivas inspiradas neste

modelo – são consideradas necessárias e urgentes, indicando o fenômeno de mercadorização da instituição pública.

Se antes a saúde foi concebida como dever estatal, sua privatização torna-se proposta de pauta. A venda de planos de saúde, no início da década de 1990, apresentava um novo nicho a ser explorado pelo mercado. Ao longo dos anos, grandes concessões foram abertas à iniciativa privada, de forma que a inversão da complementariedade é uma situação estudada. Se a prioridade constitucional era de que o sistema de saúde fosse estatizado, o que se assistiu foi o contrário.

O que inicialmente tinha o caráter de exceção foi transformado em norma e política de saúde. Os objetivos fundamentais da República, bem como a centralidade do bem-estar do cidadão brasileiro, se perderam nesse caminho e a conjuntura atual não é das mais esperançosas. Verifica-se uma preocupante ausência de limitações entre o público e o privado; a falta de regras para esse mercado; a inconstitucional permissão da participação direta ou indireta do capital estrangeiro na assistência à saúde; e a criação de modelos de gestão que culminam na privatização ou publicização da saúde.

Da parte daqueles que defendem as bandeiras originais do movimento de reforma sanitária, observa-se o questionamento político e jurídico dessas medidas. No entanto, em momentos indispensáveis, a mobilização encontra sinais de limitação, como no caso das Ações Diretas de Inconstitucionalidade trabalhadas, em que a inércia do Poder Judiciário (mais especificamente do STF) muito contribui para que a situação permaneça inconstitucional. No caso das Emendas Constitucionais e da EBSEH, por exemplo, a manutenção do inconstitucional atua na realidade permitindo a criação de situações que, num futuro próximo, se tornarão irreversíveis.

A expansão do privado no público é justificada através do discurso da eficiência, sustentabilidade e garantia do equilíbrio fiscal. No neoliberalismo, cabe ao Estado o financiamento e a coordenação da política de saúde, mas quem as executa são a iniciativa privada e o terceiro setor.

No caso da financeirização da economia, a importância que o capital financeiro ganha a partir da década de 1970 tem estreita relação com o que se explicou. À época da Guerra Fria, a propaganda aproximação de fronteiras e economias fixou o domínio das grandes potências através da nova divisão internacional do trabalho, com o auxílio imprescindível do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional. Estas instituições, criadas já ao fim da Segunda Guerra Mundial agiram no sentido de envolver os países subdesenvolvidos no sistema da dívida pública que, no caso do Brasil, compromete a maior fração do orçamento público

(aproximadamente 40,66% só no ano de 2018), valores que poderiam ser investidos na concretização de direitos sociais básicos.

O Consenso de Washington é elucidativo quanto ao modelo de ação de disciplina econômica empregado pelos países centrais aos países periféricos, que culminaram nos primeiros ajustes estruturais, relativizando as soberanias destes em detrimento da concessão de privilégios ao mercado.

A questão orçamentária é fundamental sobretudo à realização de qualquer direito que exija ações positivas do Estado, ainda que mínimas. Na prática, o SUS está longe de ser uma prioridade orçamentária nacional, constata-se, inclusive, o inverso. Dado o caráter residual, seu histórico é de subfinanciamento, bem como a instabilidade, indeterminação e dispersão quanto à permanência de fontes orçamentárias. A estas questões, soma-se um fator preponderante: a dificuldade de compreensão da destinação de verbas para a saúde pública.

Percebeu-se também o descompromisso dos poderes públicos com a reavaliação das metas e porcentagens propostas pelo ADCT, já que a edição da Lei Complementar nº 141/2012 ocorreu doze anos após a previsão da EC nº 29/2000.

De forma contrária aos valores jurídicos da proporcionalidade e segurança jurídica, denota-se a agilidade na proposição e tramitação de Emendas Constitucionais prejudiciais ao trabalhador e de constitucionalidade duvidosa, como aquelas de nº 86/2015 (que transformou o piso da saúde em teto orçamentário) e nº 95/2016 (que congelou os gastos sociais por vinte anos). Considerando-se que os recursos do SUS já eram limitados, essas duas Emendas aceleram a tentativa de colapso do Sistema, apresentando o setor privado como única via de assistência à saúde. Reforça-se que o tão propagado Estado Mínimo neoliberal é, em verdade, mínimo para o trabalhador e máximo para o capital.

O poder de influência dos setores empresariais pode também ser medido pela funcional e crônica desorganização orçamentária, além da manutenção da Desvinculação de Receitas da União (DRU), da anistia à planos privados de saúde e da renúncia fiscal das grandes seguradoras, que demarcam a natureza da escolha política cotidiana feita pelos administradores públicos.

O caso da renúncia fiscal atrelada ao imposto de renda da pessoa física elucida a repercussão da racionalidade neoliberal na conduta dos governados. Individualista, transforma o cidadão em consumidor previdente, isolado da realidade, que pensa na saúde como mais um gasto na cesta de consumo, não como um direito. Afasta-se, ainda, o sentido público e coletivo, no qual mais prático do que exigir os direitos, seria encontrar uma boa relação custo-benefício.

Ainda assim, o consumidor não encontra proteção no sistema de mercado, sendo comum a judicialização de reclamações contra os seguros privados de saúde.

A reestruturação produtiva diz respeito à reorganização das relações de trabalho abrindo espaço para a redução de direitos, bem como ao aumento da exploração do trabalhador e da informalidade, sob o falacioso argumento da flexiseguridade (ou flexisegurança). A globalização do desemprego e da precarização, concebidas pelo neoliberalismo como “taxa natural de desemprego”, permitiram o rebaixamento dos parâmetros de seguridade social, a criação de um ambiente mais competitivo de trabalho e o início da desestruturação das organizações sindicais e partidos políticos.

As contrarreformas ou “reformas estratégicas” aparecem como construções jurídicas e administrativas que caminham no sentido inverso ao previsto constitucionalmente, organizando, no caso em análise, a desconstitucionalização do direito à saúde e a desestruturação do SUS.

Foi apontado o protagonismo do Banco Mundial, que propõe a adaptação dos pressupostos da reforma sanitária às regras do mercado sob a justificativa de governança – a exemplo da universalização excludente ou de uma descentralização que permita a autonomia contratual dos municípios e unidades da federação com empresas.

A retórica de preocupação social é utilizada por esta organização internacional como forma de recrudescer o neoliberalismo, retirando a autonomia dos Estados nacionais ao determinar as medidas que devem ser adotadas por eles. Exemplo simbólico dessa questão é a apresentação de propostas de “reformas” – em setores administrativos e referentes a políticas públicas e a direitos fundamentais – aos presidentiáveis em 2018, que passaram a fazer parte das discussões do atual governo.

Além da constatação da trípole destrutiva, é necessário tratar da questão da democracia uma vez que, de acordo com a teoria constitucional contemporânea, ela seria a responsável pela organização e estruturação de um Estado de Direito. Ainda que a Carta Constitucional garanta a participação cidadã em suas acepções formal, substantiva e deliberativa, determinando a soberania popular como elemento constitutivo do Estado, é o mercado quem direta ou indiretamente governa a chamada pós-democracia, sendo responsável pela tomada das decisões políticas fundamentais.

No entanto, materializados nas empresas transnacionais, oligopólios e organizações internacionais, os “novos leviatãs” são verdadeiramente os responsáveis pela definição dos rumos de (sub)desenvolvimento das nações, operando a pós-democracia, na qual o Estado

ultraliberal gerencial menospreza e refuta o político, tratando suas ações como se técnicas e apolíticas fossem, opostas ao sentido pejorativo que se atribuiu ao termo.

Após a explanação do que tratam as noções de soberania popular e soberania dos mercados, bem como a demonstração de suas oposições e constatações na prática, conclui-se que a lógica orientadora do serviço privado de saúde não é a mesma da política pública. Se esta última correlaciona a prestação e integração dos diversos direitos sociais, bem como a autonomia do cidadão e sua participação nas deliberações tomadas, a primeira tem na relação de compra e venda a raiz de seu sentido, propondo um atendimento médico-hospitalar descontínuo e focado nos lucros.

Quanto às formas de acesso, enquanto o SUS prima pela universalidade e gratuidade, o ingresso no sistema privado se dá por meio do dinheiro, que cria taxas e coberturas diferentes a partir do valor depositado.

Tanto a lógica orientadora quanto as formas de acesso já demonstram que os ideais e valores propostos pelos setores público e privado são opostos, razão pela qual não se pode aceitar que a precarização daquele signifique a substituição por este, porque isso implica dizer que o Estado Brasileiro, enquanto nação soberana, somente se preocuparia com a saúde de seus cidadãos que têm poder aquisitivo para tanto.

Vislumbrado, portanto, o processo de descidadanização e inviabilização do acesso a ações e serviços de saúde pela população pobre e marginalizada, que não tem condições de pagar por planos privados, e a criação de um subalterno mercado consumidor que pagará por serviços mínimos de atendimento médico-hospitalar.

A democracia sanitária somente é realizável num Estado que realmente se compromete com a destinação orçamentária, com o fornecimento de recursos materiais e humanos, bem como com a realização das normativas do SUS. No entanto, não está óbvia a resolução de tal problemática, porque resta evidenciada a impossibilidade de percepção de um modelo minimamente democrático dentro do neoliberalismo. Este tende a reforçar suas práticas pós-democráticas afastando completamente a soberania popular dos espaços de decisão.

A racionalidade neoliberal que se impõe como lei geral da vida inviabiliza a participação cidadã nos espaços de discussão, elaboração, execução, decisão e fiscalização das políticas públicas. Inserida num contexto que aprofunda a precarização de direitos sociais e que enxerga na realização das “vontades do mercado” o critério balizador da atuação estatal, a classe trabalhadora se encontra alijada de uma prestação pública de ações e serviços de qualidade.

Questiona-se até que ponto os agentes públicos e os intérpretes jurídicos consideram a proibição do retrocesso social, porque foram evidenciados ao longo do estudo alarmantes

retiradas de direitos, encabeçadas principalmente pelo Legislativo e Executivo. Ressalta-se a falta de vontade política, ou melhor, a vontade dos poderes aliada à vontade do mercado, visto que os princípios são escolhas que deveriam ser estruturadas e bancadas financeiramente pelo Estado, mas atualmente se encontram inviabilizados e descontextualizados, não garantindo a suficiência da prestação do direito social.

A solução do panorama de crise pelo qual atravessava a maior rede pública de média e alta complexidade federal não destoava do que foi pontuado ao longo do estudo: manutenção da precarização do trabalho e adoção de um projeto de empresa de constitucionalidade duvidosa, que ignora a base sobre a qual se fundou o SUS. Além disso, por meio dos discursos da tecnicidade e da eficiência, refuta o diálogo com as instituições de ensino e o princípio constitucional da autonomia universitária.

Em menos de uma década, o quadro dos hospitais universitários foi modificado, sendo imposto através de contratos um modelo central de empresa que recebe o patrimônio das universidades e capital 100% público por tempo indeterminado. Fiscalizações, observância e concordância com as metas, bem como a transparência na gestão, não são sequer mencionados pela legislação.

O caso de exoneração da Superintendente do HUPAA demonstra que, apesar da indicação do cargo principal do HU permanecer com a Universidade, não há espaço para a democracia sanitária na nova estrutura interna destes hospitais, devendo este cargo comissionado seguir em padrões mínimos a linha empresarial. A única alternativa apontada é a mobilização e articulação popular, como aconteceu na realidade estudada.

A quantidade de cidadãos alagoanos que dependem exclusivamente do SUS é maior que a média nacional, razão pela qual o estudo da publicização via EBSEH, além de ser um fenômeno nacional, deve ser feita considerando as especificidades alagoanas, o impacto nos atendimentos prestados pelo HUPAA e nas relações de trabalho, observando-se que é o único hospital universitário federal da unidade federativa.

Dentro de tudo o que foi explanado, a perspectiva aberta é de um futuro incerto, que renuncia deliberadamente os direitos sociais dos cidadãos, entre eles a seguridade social e a saúde. Fecham-se os espaços de discussão sobre um tema tão caro quanto a saúde pública, reforçado pela ação pós-democrática dos Poderes Executivo e Legislativo, bem como a flagrante e voluntária omissão do Poder Judiciário. Nesse sentido, a função da pesquisa é enaltecer pontos que num passado próximo pareciam consensuais, como forma de resistência, e deslegitimar com propriedade o discurso tecnicista que encaminha à “única via” gerencial e privatista.

## REFERÊNCIAS

AITH, Fernando. **Direito à saúde e democracia sanitária**. São Paulo: Quartier Latin.

ALVES, Pâmela Karoline Lins. A ampliação da saúde suplementar com apoio estatal: incentivos, desonerações e subsídios do Estado brasileiro. *In*: CORREIA, Maria Valéria Costa (org.). **Política de saúde no Brasil e o fortalecimento do setor privado: desmonte do SUS público, estatal e universal**. Maceió: Edufal, 2018.

ALVES, Raquel de Andrade Vieira. A “nova” Desvinculação de Receitas da União e o pacto federativo. **Conjur**, 15 set. 2016. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2016-set-15/raquel-alves-dru-pacto-federativo>. Acesso em: 06 fev. 2018.

ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. *In*: SADER, Emir; GENTILI, Pablo (orgs.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. 6. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

ANDES. Ebserh aprofunda precarização dos Hospitais Universitários. *In*: ANDES. **InformANDES**, nº 72. Brasília: julho de 2017.

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de. Desafios e lutas pela universalidade da saúde. *In*: CORREIA, Maria Valéria Costa (org.). **Política de saúde no Brasil e o fortalecimento do setor privado: desmonte do SUS público, estatal e universal**. Maceió: Edufal, 2018.

ANDRADE, José Maria Arruda de. Existe, realmente, um aumento estrondoso de renúncias tributárias? **Conjur**, 20 dez. 2015. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2015-dez-20/estado-economia-existe-realmente-aumento-estrondoso-renuncias-tributarias>. Acesso em: 06 out. 2018.

ANS. Dados Gerais. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**. 2018. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 18 mar. 2019.

ANTUNES, Ricardo. Construção e desconstrução da legislação social no Brasil. *In*: ANTUNES, Ricardo (org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil**. São Paulo: Boitempo, 2015.

ANTUNES, Ricardo. Introdução. A substância da crise. *In*: MÉSZÁROS, István. **A crise estrutural do capital**. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2016.

ANTUNES, Ricardo. **O privilégio da servidão**. O novo proletariado de serviços na era digital. São Paulo: Boitempo, 2018.

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho**. Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2. ed. 3. reimp. São Paulo: Boitempo, 2015.

ANTUNES, Ricardo. Século XXI: nova era da precarização estrutural do trabalho? *In*: ANTUNES, Ricardo; BRAGA, Ruy (orgs.). **Infoproletários**. Degradação real do trabalho virtual. São Paulo: Boitempo, 2009.

APUFPR (et. al.). **Dossiê contra a atuação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) no complexo do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná.** Curitiba: 2016.

ÁVILA, Humberto. **Teoria dos princípios.** Da definição à aplicação dos princípios jurídicos. 4. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2004.

BABILÔNIA, Lara Luísa Marques. “Terceiro setor” e publicização: nova dinâmica de formulação e implementação de políticas públicas em Uberlândia. *In*: SEMINÁRIO PPGS UFSCAR. **Anais.** São Carlos: UFSCAR, 2012. Disponível em: [https://iiseminarioppgsufscar.files.wordpress.com/2012/04/babilc3b4nia\\_lara.pdf](https://iiseminarioppgsufscar.files.wordpress.com/2012/04/babilc3b4nia_lara.pdf). Acesso em: 19 mar. 2019.

BANCO MUNDIAL. Acordo Constitutivo do Banco Mundial. **Centro de Direito Internacional.** Disponível em: <http://centrodireitointernacional.com.br/wp-content/uploads/2014/05/Acordo-Constitutivo-do-Banco-Mundial-BIRD.pdf>. Acesso em: 25 out. 2018.

BANCO MUNDIAL. Notas de políticas públicas. Por um ajuste justo com crescimento compartilhado. **The World Bank**, 23 ago. 2018. Disponível em: <http://www.worldbank.org/pt/country/brazil/brief/brazil-policy-notes>. Acesso em: 04 abr. 2019.

BANCO MUNDIAL. **Propostas de reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro.** 2018, p. 4. Disponível em: <http://pubdocs.worldbank.org/en/545231536093524589/Propostas-de-Reformas-do-SUS.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2019.

BANCO MUNDIAL. Um ajuste justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil. **Brasil: revisão das despesas públicas. Volume I: Síntese.** 2017. Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/en/884871511196609355/Volume-I-s%C3%ADntese>. Acesso em: 05 dez. 2018.

BARCELLOS, Ana Paula de; BARROSO, Luís Roberto. O começo da história: a nova interpretação constitucional e o papel dos princípios no direito brasileiro. *In*: SILVA, Virgílio Afonso da (org.). **Interpretação constitucional.** São Paulo: Malheiros, 2005.

BARROSO, Luís Roberto. A razão sem voto: o Supremo Tribunal Federal e o governo da maioria. *In*: VIEIRA, Oscar Vilhena; GLEZER, Rubens (orgs.). **A razão e o voto: diálogos constitucionais com Luís Roberto Barroso.** São Paulo: FGV, 2017.

BATISTA, Paulo. O Consenso de Washington. A visão neoliberal dos problemas latino-americanos. *In*: LIMA SOBRINHO, Barbosa et. al. (org.). **Em defesa do interesse nacional: desinformação e alienação do patrimônio público.** São Paulo: Paz e Terra, 1994.

BAUMAN, Zigmunt. **Globalização.** As consequências humanas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999.

BHABHA, Homi. **O local da cultura.** Belo Horizonte: UFMG, 1998.

BINENBOJM, Gustavo. **Uma teoria do direito administrativo**. Direitos fundamentais, democracia e constituição. 3. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2014.

BONAVIDES, Paulo. **Do país constitucional ao país neocolonial**. A derrubada da Constituição e a recolonização pelo golpe de Estado institucional. 4. ed. São Paulo: Malheiros, 2009.

BONAVIDES, Paulo. **Teoria do Estado**. 3. Ed. São Paulo: Malheiros, 1999.

BORBA, Daniel. **Estado empresarial e reforma gerencial**: uma análise da precarização vertical e horizontal das relações de trabalho na Administração Pública brasileira. 2018. 171 páginas. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Direito de Alagoas, Universidade Federal de Alagoas, Maceió.

BORON, Atilio. Los nuevos leviatanes y la polis democrática. *In*: BORON, Atilio. **Tras el búho de Minerva**. Mercado contra democracia en el capitalismo de fin de siglo. Buenos Aires: CLACSO, 2000. Disponível em: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20100614113052/5cap4.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2019.

BRASIL, EM Interministerial nº 00127/2011/MP/MEC. Em: MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=4194077&ts=1553284203857&disposition=inline>. Acesso em: 01 abr. 2019.

BRASIL. Diário Oficial da União (DOU), 07 jun. 2017. Seção 2. **Imprensa Nacional**. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=2&pagina=19&data=07/06/2017>. Acesso em: 02 ago. 2017.

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. Em: PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm). Acesso em: 14 nov. 2018.

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. Em: PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm). Acesso em: 14 nov. 2018.

BRASIL. **Para entender o controle social na saúde**. Brasília: Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde, 2013. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/manual\\_para\\_entender\\_controle\\_social.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/manual_para_entender_controle_social.pdf). Acesso em: 30 set. 2018.

BRASIL. População teve acesso a 1,4 bi de consultas médicas pelo SUS em um ano. **Governo do Brasil**, 05 jun. 2015. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/editoria/saude/2015/06/populacao-teve-acesso-a-1-4-bi-de-consultas-medicas-pelo-sus-em-um-ano>. Acesso em: 26 jun. 2018.

BRAVO, Maria Inês; CORREIA, Maria Valéria. Desafios do controle social na atualidade. **Revista Serviço Social**. São Paulo, n. 109, p. 126-150, jan/mar. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-66282012000100008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282012000100008). Acesso em: 03 out. 2018.

BRAVO, Maria Inês Souza. Políticas de Saúde no Brasil. **Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde**. Disponível em: [http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto1-5.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf). Acesso em: 13 nov. 2018.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Discursos e Notas Taquigráficas. Sessão: 160.3.55.O. Hora: 16h00. **Câmara dos Deputados**, 14 jun. 2016. Disponível em: <http://www.camara.leg.br/internet/sitaqweb/TextoHTML.aspx?etapa=3&nuSessao=160.3.55.O&nuQuarto=41&nuOrador=2&nuInsercao=0&dtHorarioQuarto=16:00&sgFaseSessao=CP&Data=14/06/2017&txApelido=ERIKA KOKAY&txFaseSessao=Comunicações Parlamentares&dtHoraQuarto=16:00&txEtapa=Sem redação final>. Acesso em: 16 ago. 2017.

CÂMARA NOTÍCIAS. Proposta popular destina 10% da receita bruta da União para a saúde. **Câmara dos Deputados**, 01 out. 2013. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/SAUDE/453441-PROPOSTA-POPULAR-DESTINA-10-DA-RECEITA-BRUTA-DA-UNIAO-PARA-A-SAUDE.html>. Acesso em: 25 set. 2018.

CARVALHO, Bruno. Não foi você. Uma interpretação do bolsonarismo. **Piauí**, jul. 2018. Disponível em: <https://piaui.folha.uol.com.br/materia/nao-foi-voce/>. Acesso em: 08 set. 2018.

CARVALHO, Laura. **Valsa brasileira**. Do boom ao caos econômico. São Paulo: Todavia, 2018.

CARVALHO, Luiz Maklouf. **1988**: segredos da Constituinte. Os vinte meses que agitaram e mudaram o Brasil. Rio de Janeiro: Record, 2017.

CHOSSUDOVSKY, Michel. **A globalização da pobreza**. Impactos das reformas do FMI e do Banco Mundial. São Paulo: Moderna, 1999.

COSTA, Marta Nunes da. **Modelos democráticos**. Belo Horizonte: Arraes, 2013.

COMISSÃO DE EDUCAÇÃO, CULTURA E ESPORTE. Parecer (SF) de 17 out. 2011. Relator: Roberto Requião. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=4194086&ts=1553284203918&disposition=inline>. Acesso em: 03 abr. 2019.

COMPARATO, Fábio Konder. A nova cidadania. **Lua Nova**. São Paulo, n. 28-29, p. 85-106, abr. 1993. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-64451993000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451993000100005&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 16 out. 2018.

COMPARATO, Fábio Konder; TORRES, Heleno Taveira; PINTO, Élide Graziane; SARLET, Ingo Wolfgang. Financiamento dos direitos à saúde e à educação: mínimos inegociáveis. **ConJur**, 27 jul. 2016. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2016-jul-27/financiamento-direitos-saude-educacao-minimos-inegociaveis>. Acesso em: 07 dez. 2018.

CONCEIÇÃO, Tainá Souza; CISLAGHI, Juliana Fiúza; TEIXEIRA, Sandra Oliveira. O financiamento da saúde no Brasil: principais dilemas. **Temporais**. Brasília, ano 12, n. 23, p. 97-124, jan./jul. 2012. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/2927/2832>. Acesso em: 20 mar. 2019.

CONOF/CD. **Regulamentação da Emenda Constitucional N° 29, de 2000**. Piso constitucional de aplicação em saúde. Análise das principais inovações trazidas pela Lei Complementar n° 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamentou a Emenda Constitucional n° 29, de 2000. Nota Técnica n° 014, de 2012. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/estudos/2012/nt14.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2018.

CONTRATO n° 1/2014. Contrato de Gestão Especial Gratuita que entre si celebram a Universidade Federal de Alagoas – UFAL e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH. Brasília, 14 de janeiro de 2014.

COORDENAÇÃO da Auditoria Cidadã da Dívida. CPI da dívida Pública. **Auditoria Cidadã da Dívida**, 30 mar. 2010. Disponível em: <https://www.auditoriacidada.org.br/wp-content/uploads/2012/08/Informativo-mar%C3%A7o-2010.pdf>. Acesso em 22 out. 2018.

COORDENADORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL DA REDE EBSEH. Ministro da educação dá posse ao novo presidente da Rede Ebserh. **Ebserh**, 31 jan. 2019. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/noticias/201901311829-ministro-da-educacao-da-posse-novo-presidente-da-rede-ebserh>. Acesso em: 31 mar. 2019.

CORREIA, Maria Valéria Costa. A saúde no contexto da crise contemporânea do capital: o Banco Mundial e as tendências da contra-reforma na política de saúde brasileira. Disponível em: <http://files.adrianonascimento.webnode.com.br/200000178-6e4ac6f44f/Correia,%20Maria%20Val%C3%A9ria.%20O%20Banco%20Mundial%20e%20as%20tend%C3%Aancias%20da%20contra-reforma%20na%20pol%C3%ADtica%20de%20sa%C3%BAde%20brasileira.pdf>. Acesso em: 04 dez. 2018.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Entre a Reforma Sanitária e o SUS: os interesses do capital na saúde. In: CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros dos (orgs.). **Reforma sanitária e contrarreforma da saúde**. Interesses do capital em curso. Maceió: Edufal, 2015.

CORREIA, Maria Valéria Costa (org.). **Política de saúde no Brasil e o fortalecimento do setor privado**. Desmonte do SUS público, estatal e universal. Maceió: Edufal, 2018.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Relato da reitora da UFAL sobre reunião com MEC e EBSEH. **FNCPS**, 14 jun. 2017. Disponível em: <http://www.contraprivatizacao.com.br/2017/06/1109.html>. Acesso em: 10 ago. 2017.

CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros dos (orgs.). **Reforma sanitária e contrarreforma da saúde**. Interesses do capital em curso. Maceió: Edufal, 2015.

CORREIA NETO, Celso de Barros. **O avesso do tributo: incentivos e renúncias fiscais no direito brasileiro**. 2012. 271 páginas. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito do Largo do São Francisco, Universidade de São Paulo, São Paulo.

CÔRTEZ, Soraya M. Vargas. Arcabouço institucional e participação em conselhos municipais de saúde e assistência social. *In*: SANTOS JUNIOR, Orlando Alves dos; RIBEIRO, Luiz Cesar de Queiroz; AZEVEDO, Sérgio de (Orgs.). **Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2004.

CHRISTOPOLOUS, Basile. **Despesa Pública**. Estrutura, função e controle judicial. Maceió: Edufal, 2011.

CUNHA, Jarbas Ricardo Almeida. O princípio da proibição do retrocesso social como norte para o desenvolvimento do direito à saúde no Brasil. **Anais do I Circuito de Debates Acadêmicos**. Brasília: IPEA, 2011. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/code2011/chamada2011/pdf/area8/area8-artigo3.pdf>. Acesso em 15 nov. 2018.

DALLARI, Dalmo de Abreu. Prefácio. *In*: AITH, Fernando. **Direito à saúde e democracia sanitária**. São Paulo: Quartier Latin, 2017, p. 9-10.

DALLARI, Sueli Gandolfi. A construção do direito à saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**. São Paulo, v. 9, n. 3, p. 9-34, nov. 2008/fev. 2009. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13128>. Acesso em: 02 out. 2018.

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo**. Ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2016.

DEARO, Guilherme. Nos EUA, uso de fake news nas eleições de 2018 já superou Trump em 2016. **Exame**, 03 nov. 2018. Disponível em: <https://exame.abril.com.br/mundo/nos-eua-uso-de-fake-news-nas-eleicoes-2018-ja-superou-trump-em-2016/>. Acesso em: 30 mar. 2019.

DIAS NETO, Carlos de Almeida. A agenda do Banco Mundial para a política de saúde brasileira: uma análise do documento “20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil”. *In*: CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros dos (orgs.). **Reforma Sanitária e Contrarreforma da Saúde**. Interesses do capital em curso. Maceió: Edufal, 2015.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito administrativo**. 26. ed. São Paulo: Atlas, 2013.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. Participação popular na administração pública. **Revista de direito administrativo**. Rio de Janeiro, 191, p. 26-39, jan/mar. 1993. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/45639>. Acesso em: 04 out. 2018.

EBSERH. Estatuto Social. Aprovado pela Assembleia Geral Extraordinária realizada em 29 de junho de 2018. Disponível em: [http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/0/1+-EstatutoSocial\\_AGE\\_30ago2018\\_rubricaPGFN\\_registroJComercial\\_ok.pdf/7880ac95-aacc-497a-8145-ac3b8938c8b0](http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/0/1+-EstatutoSocial_AGE_30ago2018_rubricaPGFN_registroJComercial_ok.pdf/7880ac95-aacc-497a-8145-ac3b8938c8b0). Acesso em: 23 dez. 2018.

EBSERH. **Relatório de Gestão do Exercício de 2014 do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes**. UFAL, 2014. Disponível em:

[http://www.ebserh.gov.br/documents/221436/333593/Relat%C3%B3rio+de+Gest%C3%A3o\\_2014\\_FINAL\\_30.03.2015.pdf/f73baa95-ff65-41e2-8d1c-6e655e7862f8](http://www.ebserh.gov.br/documents/221436/333593/Relat%C3%B3rio+de+Gest%C3%A3o_2014_FINAL_30.03.2015.pdf/f73baa95-ff65-41e2-8d1c-6e655e7862f8). Acesso em: 16 ago. 2017.

EBSERH. Regimento Interno (3ª Revisão). Aprovado na 49ª Reunião do Conselho de Administração, realizada no dia 10 de maio de 2016. Disponível em:

<http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/112576/Regimento+Interno+Aprovado+CA+12052016.pdf/fda5583a-4f34-44ed-b75b-ea96c1332b4b>. Acesso em: 06 out. 2018.

EBSERH. Resolução da Diretoria Executiva nº. 8, de 24 de setembro de 2012. Dispõe sobre os procedimentos e critérios de seleção para ocupantes de Cargos em Comissão e Funções Gratificadas da rede de Hospitais Universitários Federais. Em: EBSEH. Disponível em:

<http://www.ebserh.gov.br/documents/16888/0/10.+Resolu%C3%A7%C3%A3o+n%C2%BA+8%252c+de+24+de+setembro+de+2012+%281%29.pdf/86483b02-914d-4525-aeb2-1188457cfde7>. Acesso em: 16 ago. 2017.

FERNANDES, Talita. O Banco Mundial e sua relação com as políticas de saúde. **Anais VII Jornada Internacional Políticas Públicas**. Para além da crise global: experiências e antecipações concretas. UFMA, 2015. Disponível em:

<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo1/o-banco-mundial-e-sua-relacao-com-as-politicas-de-saude.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2018.

FILGUEIRAS, Luiz. O neoliberalismo no Brasil: estrutura, dinâmica e ajuste do modelo econômico. In: BASUALDO, Eduardo M., ARCEO, Enrique (orgs.). **Neoliberalismo y sectores dominantes**. Tendencias globales e experiencias nacionales. Buenos Aires:

CLACSO – Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 2006. Disponível em:

<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/grupos/basua/C05Filgueiras.pdf>. Acesso em: 29 set. 2018.

FNCPS. Declaração política do VI Seminário Nacional. **Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde**, 29 nov. 2016. Disponível em:

<http://www.contraprivatizacao.com.br/p/quem-somos.html>. Acesso em: 30 nov. 2018.

FNCPS. Moção de repúdio ao ato de exoneração arbitrária da Superintendente do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes (HUPAA) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi. **FNCPS**, 08 jun. 2017. Disponível em:

<http://www.contraprivatizacao.com.br/2017/06/1107.html>. Acesso em: 09 ago. 2017.

FNCPS. Quem somos. **Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde**. Disponível em:

<http://www.contraprivatizacao.com.br/p/quem-somos.html>. Acesso em: 30 nov. 2018.

FNCPS. Relatório analítico das irregularidades e dos prejuízos à Sociedade, aos Trabalhadores e ao Erário causados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH. **FNCPS**, 21 ago. 2014. Disponível em:

<http://www.contraprivatizacao.com.br/2014/08/0953.html>. Acesso em: 16 ago. 2017.

G1. Bolsonaro diz no Conselho de Ética que coronel Ustra é ‘herói brasileiro’. **G1**, 08 nov. 2016. Disponível em: <http://g1.globo.com/politica/noticia/2016/11/bolsonaro-diz-no-conselho-de-etica-que-coronel-ustra-e-heroi-brasileiro.html>. Acesso em: 08 set. 2018.

GALINDO, Cristina. Quando as empresas são mais poderosas que os países. **El País**, 08 nov. 2017. Disponível em: [https://brasil.elpais.com/brasil/2017/11/03/economia/1509714366\\_037336.html](https://brasil.elpais.com/brasil/2017/11/03/economia/1509714366_037336.html). Acesso em: 16 mar. 2019.

GARGARELLA, Roberto. Constitucionalismo latino-americano: a necessidade prioritária de uma reforma política. *In*: RIBAS, Luiz Otávio (org.). **Constituinte exclusiva**. Um outro sistema político é possível. São Paulo: Expressão Popular, 2014.

GRIGORI, Pedro. Governo liberou registro de agrotóxicos altamente tóxicos. **Agência Repórter Brasil**, 18 jan. 2019. Disponível em: <https://reporterbrasil.org.br/2019/01/governo-liberou-registros-de-agrotoxicos-altamente-toxicos/>. Acesso em: 30 mar. 2019.

GRAGNANI, Juliana. Um Brasil dividido e movido a notícias falsas: uma semana dentro de 272 grupos políticos no Whatsapp. **BBC News**, 05 out. 2018. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-45666742>. Acesso em: 30 mar. 2019.

IVO, Gabriel. Direito tributário e orçamento público. *In*: SCHOUERI, Luís Eduardo (coord.). **Direito tributário**. Homenagem a Paulo de Barros Carvalho. São Paulo: Quartier Latin, 2008.

LAMENHA, Rafaela Vieira. A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares como solução para a crise dos Hospitais Universitários: determinações econômicas e políticas. *In*: CORREIA, Maria Valéria Costa. **Política de saúde no Brasil e fortalecimento do setor privado: desmonte do SUS público, estatal e universal**. Maceió: Edufal, 2018.

LAZZARI, João Batista. Fontes de financiamento do Sistema Único de Saúde. **Revista de Direito Sanitário**. São Paulo, v. 4, n. 1, p. 75-84, mar. 2003. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/82420>. Acesso em: 06 fev. 2018.

LÓPEZ, Manuel Carlos Palomeque. **Derecho del Trabajo e Ideología**. 7. ed. Madrid: Tecnos, 2011.

MARIANO, Cynara Monteiro. Emenda Constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. **Revista de Investigações Constitucionais**. Curitiba, v. 4, n. 1, p. 259-281, jan/abr. 2017. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/rinc/article/view/50289>. Acesso em: 06 fev. 2018.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A ideologia alemã**. São Paulo: Boitempo, 2007.

MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. *In*: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura (orgs.). **Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l25.pdf>. Acesso em: 30 set. 2018.

MELATTI, Alexandre. Recall: o direito de revogação do mandato político e a Constituição Federal Brasileira. **Portal Jus**. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/48548/recall-o-direito-de-revogacao-do-mandato-politico-e-a-constituicao-federal-brasileira/2>. Acesso em: 25 set. 2018.

MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Curso de direito administrativo**. 30. ed. São Paulo: Malheiros, 2013.

MENDES, Áquilas; WEILLER, José Alexandre Buso. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. **Revista Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 491-505, abr/jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00491.pdf>. Acesso em: 06 out. 2018.

MÉSZÁROS, István. **A crise estrutural do capital**. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2016.

MÉSZÁROS, István. **Para além do Capital**. São Paulo: Boitempo, 2016.

MÉSZÁROS, István. Desemprego e precarização: um grande desafio para a esquerda. In: ANTUNES, Ricardo (org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil**. São Paulo: Boitempo, 2015.

MOREIRA, Davi Antônio Gouvêa Costa. **Direito à saúde e acesso a medicamentos**. Em busca de parâmetros adequados para a tutela judicial. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2015.

OLIVEIRA, Ednéia Alves de. A política de emprego no Brasil: o caminho da flexinsegurança. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 111, p. 493-508, jul./set. 2012.

OMS. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO), 1946. **Biblioteca Virtual de Direitos Humanos da USP**. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Disponível em: 14 nov. 2018.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Renúncia de arrecadação fiscal em saúde no Brasil: eliminar, reduzir ou focalizar? In: IPEA. **Brasil em desenvolvimento 2014**. Estado, planejamento e políticas públicas. V. 1. Brasília: Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2014. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/3586>. Acesso em: 06 out. 2018.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **SUS: o desafio de ser único**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.

OLIVEIRA, Gabriela de Abreu. **A compatibilidade dos princípios e modelo de Estado que subjazem ao SUS e a EBSEH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares)**. 2014. 191 páginas. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

PAVÃO, Ana Luíza Braz. SUS: em construção ou desconstrução? **Revista eletrônica de comunicação, informação e inovação em saúde**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, jul/set. 2016.

Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1192>. Acesso em: 01 out. 2018.

PINHO, José Antonio Gomes de. Reforma do aparelho do Estado: limites do gerencialismo frente ao patrimonialismo. **Revista Organizações e Sociedade**. Salvador, Escola da Administração e do Núcleo de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal da Bahia, v. 5, n. 12, p. 59-79, maio/ago. 1998. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-92301998000200003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-92301998000200003). Acesso em: 30 out. 2018.

PLEBISCITO NACIONAL: mais de 60 mil dizem “NÃO” a EBSEH! **FASUBRA**, 20 abr. 2019. Disponível em: <https://fasubra.org.br/plebiscito-nacional-mais-de-60-mil-dizem-nao-a-ebserh/>. Acesso em: 01 abr. 2019.

PMDB. **A travessia social**. Uma ponte para o futuro. Brasília: Fundação Ulysses Guimarães, 2016. Disponível em: [https://complemento.veja.abril.com.br/pdf/travessia%20social%20-%20pmdb\\_livreto\\_pnte\\_para\\_o\\_futuro.pdf](https://complemento.veja.abril.com.br/pdf/travessia%20social%20-%20pmdb_livreto_pnte_para_o_futuro.pdf). Acesso em: 19 jan. 2018.

PMDB. **Uma Ponte para o Futuro**. Brasília: Fundação Ulysses Guimarães, 2015. Disponível em: <https://www.fundacaoulysses.org.br/wp-content/uploads/2016/11/UMA-PONTE-PARA-O-FUTURO.pdf>. Acesso em: 25 out. 2018.

POZZEBOM, Fábio Rodrigues. Bolsonaro: “Quilombola não serve nem para procriar”. **UOL – Congresso em Foco**, 05 abr. 2017. Disponível em: <https://congressoemfoco.uol.com.br/especial/noticias/bolsonaro-quilombola-nao-serve-nem-para-procriar/>. Acesso em: 08 set. 2018.

RAMALHO, Renan. Bolsonaro vira réu por falar que Maria do Rosário não merece ser estuproada. **G1**, 21 jun. 2016. Disponível em: <http://g1.globo.com/politica/noticia/2016/06/bolsonaro-vira-reu-por-falar-que-maria-do-rosario-nao-merece-ser-estuproada.html>. Acesso em: 08 set. 2018.

RAYMOND, Wilfredo Sanguineti. El Derecho del Trabajo en Europa y América Latina: un diálogo en divergencia. **Relaciones Laborales**. Rioja, La Ley, n. 59, p. 13-18, 2012.

RAYMOND, Wilfredo Sanguineti. La “deconstrucción” del Derecho del Trabajo de base nacional em la era de la globalización: ¿un devenir inevitable?. **Relaciones Laborales**. Rioja, La Ley, n. 23, p. 121-135, 2004.

RECEITA FEDERAL. **Demonstrativo dos Gastos Tributários**. PLOA 2017. Brasília: Ministério da Fazenda, 2016. Disponível em: <http://idg.receita.fazenda.gov.br/dados/receitadata/renuncia-fiscal/previsoes-ploa/dgt-ploa-2017-versao-1-1.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2017.

RECEITA FEDERAL. **Demonstrativo dos Gastos Tributários**. PLOA 2018. Brasília: Ministério da Fazenda, 2016. Disponível em: <http://idg.receita.fazenda.gov.br/dados/receitadata/renuncia-fiscal/previsoes-ploa/arquivos-e-imagens/texto-dgt-ploa-2018-arquivo-final-para-publicacao.pdf/view>. Acesso em: 11 dez. 2018.

RECEITA FEDERAL. **Demonstrativo dos Gastos Tributários**. PLOA 2019. Brasília: Ministério da Fazenda, 2018. Disponível em: <http://receita.economia.gov.br/dados/receitadata/renuncia-fiscal/previsoes-ploa/arquivos-e-imagens/dgt-ploa-2019.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2019.

RIBEIRO, Daniella Borges. A autonomia universitária na era da parceria público-privado. **Universidade e Sociedade** **56**. Brasília: ANDES, junho de 2016. Disponível em: <http://www.andes.org.br/imprensa/publicacoes/imp-pub-98128498.pdf>. Acesso em: 01 out. 2018.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. 2000. 267 páginas. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 25, n. 2, p. 263-276, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902016000200263&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902016000200263&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 04 dez. 2018.

ROLIM, Leonardo Barbosa; CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou; SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Revista saúde em debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan/mar. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042013000100016&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042013000100016&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 03 out. 2018.

SANTOS, Isabela Soares. A solução para o SUS não é um *Brazilcare*. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, jul/set. 2016. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1191>. Acesso em: 01 out. 2018.

SANTOS, Milton. **Por outra globalização**. 23. Ed. Rio de Janeiro: Record, 2009.

SANTOS, Viviane Medeiros dos. A contrarreforma e a privatização do SUS: as Organizações Sociais (OSs) como modelo privatizante. In: CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros dos (orgs.). **Reforma Sanitária e Contrarreforma da Saúde**. Maceió: Edufal, 2015.

SANTOS, Viviane Medeiros dos. A relação público *versus* privado na política de saúde: a contrarreforma no Estado e os modelos de gestão privatizantes no SUS. In: CORREIA, Maria Valéria Costa (org.). **Política de saúde no Brasil e o fortalecimento do setor privado: desmonte do SUS público, estatal e universal**. Maceió: Edufal, 2018.

SARLET, Ingo Wolfgang. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988. **Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado (RERE)**. Salvador, Instituto Brasileiro de Direito Público, n. 11, set/nov. 2007. Disponível em: [http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/rere-11-setembro-2007-ingo\\_sarlet\\_1.pdf](http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/rere-11-setembro-2007-ingo_sarlet_1.pdf). Acesso em: 14 nov. 2018.

SARMENTO, Daniel; PONTES, João Gabriel Madeira. Democracia militante e a candidatura de Bolsonaro. **Jota**, 24 ago. 2018. Disponível em: <https://www.jota.info/opiniao-e-analise/artigos/democracia-militante-e-a-candidatura-de-bolsonaro-24082018>. Acesso em: 08 ago. 2018.

SCAFF, Fernando Facury. Direito à saúde e os tribunais. Parte II. *In*: NUNES, António José Avelãs; SCAFF, Fernando Facury. **Os tribunais e o direito à saúde**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2011.

SCAFF, Fernando Facury. Direito à saúde pública vem sendo atacado pelo Direito Financeiro. **ConJur**, 18 abr. 2017. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2017-abr-18/contas-vista-direito-saude-publica-vem-sendo-atacado-direito-financeiro>. Acesso em: 07 dez. 2018.

SCAFF, Fernando Facury. Emenda orçamentária 86 foi declarada inconstitucional. E daí? **ConJur**, 5 set. 2017. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2017-set-05/contas-vista-emenda-orcamentaria-86-foi-declarada-inconstitucional-dai>. Acesso em: 07 dez. 2018.

SCAFF, Fernando Facury. STF deve estar alerta para o financiamento da saúde pública no Brasil. **ConJur**, 16 maio 2017. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2017-mai-16/contas-vista-stf-estar-alerta-financiamento-saude-publica>. Acesso em: 07 dez. 2018.

SCHEFFER, Mario. O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 31, n. 14, p. 663-666, abr. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n4/0102-311X-csp-31-04-00663.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2018.

SEMINÁRIO “DISCUTIR A AUTONOMIA DAS UNIVERSIDADES FEDERAIS SOBRE A GESTÃO DAS ATIVIDADES REALIZADAS PELOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS” (Requerimento nº. 470, da Deputada Erika Kokay). Brasília: Comissão de Seguridade Social e Família, 2017. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=nXX18NmJuow&t=197s>. Acesso em: 08 ago. 2017.

SEMINÁRIO POR UMA NOVA LEI DA INSALUBRIDADE E PELO FIM DA EBSERH. **Palestra proferida pelo professor Wladimir Tadeu Baptista Soares**. São Paulo: SINTUNIFESP, 2018. Disponível em: <http://www.sintunifesp.org.br/site2/index.php/14-categorias-das-publicacoes/noticias/189-seminario-sintunifesp-por-uma-nova-lei-da-insalubridade-e-pelo-fim-da-ebserh>. Acesso em: 31 mar. 2019.

SESTELO, José Antonio de Freitas; CARDOSO, Artur Monte; BRAGA, Ialê Falleiros; MATTOS, Leonardo Vidal; ANDRIETTA, Lucas Salvador. A financeirização das políticas sociais e da saúde no Brasil do século XXI: elementos para uma aproximação inicial. **Revista Economia e Sociedade**. Campinas, v. 26, pp. 1097-1126, dez. 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0104-06182017000401097&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-06182017000401097&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 11 dez. 2018.

SILVA, Clara Morgana Torres Rocha da; CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros dos. A privatização do fundo público da saúde: a complementariedade invertida no SUS. *In*: CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros dos (orgs.). **Reforma Sanitária e Contrarreforma da Saúde**. Maceió: Edufal, 2015.

SILVA, Giovanni Gurgel Aciole da. Uma abordagem antinomia “público x privado”: descortinando as relações para a saúde coletiva. **Interface**. São Paulo, v. 9, n. 18, pp. 7-24, jan/jun. 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832006000100002&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832006000100002&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 29 set. 2018.

SINDSERH/AL. Moção de repúdio a Superintendente do Hospital Universitário de Alagoas. **Trabalhadores da EBSEH**, 03 jun. 2017. Disponível em: <http://trabalhadoresdaebserh.blogspot.com.br/2017/06/mocao-de-repudio-superintendente-do.html>. Acesso em: 02 ago. 2017.

SINTUFAL. Nota de repúdio a exoneração da Superintendente do HU/UFAL. **SINTUFAL**, 08 jun. 2017. Disponível em: <http://sintufal.org.br/conteudo/1937/nota-de-rep-dio-a-exonera-o-da-superintendente-do-hu-ufal>. Acesso em: 10 jun. 2017.

SOARES, Wladimir Tadeu Baptista. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH), Sistema Único de Saúde (SUS) e Autonomia Universitária**. 2016. 110 páginas. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Justiça Administrativa, Universidade Federal Fluminense, Niterói.

SOUZA, Jessé. **A construção social da subcidadania**. Para uma sociologia política da modernidade periférica. Belo Horizonte: UFMG, 2006.

STF. ADI nº 4.895. Petição Inicial. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/estfvisualizadorpub/jsp/consultarprocessoeletronico/ConsultarProcessoEletronico.jsf?seqobjetoincidente=4351459>. Acesso em: 22 dez. 2018.

STF. ADI nº 5.239. Petição Inicial. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/estfvisualizadorpub/jsp/consultarprocessoeletronico/ConsultarProcessoEletronico.jsf?seqobjetoincidente=4710404>. Acesso em: 30 nov. 2011.

STF. ADI nº 5.239. Petição de *Amicus Curiae*. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/estfvisualizadorpub/jsp/consultarprocessoeletronico/ConsultarProcessoEletronico.jsf?seqobjetoincidente=4710404>. Acesso em: 30 nov. 2018.

STF. ADI nº 5.595. Petição Inicial. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/geral/verPdfPaginado.asp?id=11707861&tipo=TP&descricao=A DI%2F5595>. Acesso em: 07 dez. 2018.

STF. ADI nº 5.595. Medida Cautelar. Relator: Min. Ricardo Lewandowski. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/decisao-saude-lewa.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2018.

STF. ADI nº 5.658. Petição Inicial. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/estfvisualizadorpub/jsp/consultarprocessoeletronico/ConsultarProcessoEletronico.jsf?seqobjetoincidente=5132872>. Acesso em: 07 dez. 2018.

STIGLITZ, Joseph. **El malestar en la globalización**. Ciudad de México: Punto de Lectura, 2010.

SUNDFELD, Carlos Ari Vieira. Princípio é preguiça? *In*: SUNDFELD, Carlos Ari Vieira; MACEDO JÚNIOR, Ronaldo Porto; BARBIERI, Catarina Helena Cortada (orgs.). **Direito e interpretação: racionalidades e instituições**. São Paulo: Saraiva, 2011.

TCU. Acórdão n°. 1.520, de 23 de agosto de 2006. Disponível em: <https://contas.tcu.gov.br/pesquisaJurisprudencia/#/detalhamento/11/%252a/NUMACORDAO%253A1520%2520ANOACORDAO%253A2006/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/false/1/false>. Acesso em: 26 set. 2018.

TCU. Acórdão n°. 2.731, de 26 de novembro de 2008. Disponível em: <https://contas.tcu.gov.br/pesquisaJurisprudencia/#/detalhamento/11/%252a/NUMACORDAO%253A2731%2520ANOACORDAO%253A2008/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/false/1/false>. Acesso em: 26 set. 2018.

TCU. Acórdão n°. 2.813, de 25 de novembro de 2009. Disponível em: <https://contas.tcu.gov.br/pesquisaJurisprudencia/#/detalhamento/11/%252a/NUMACORDAO%253A2813%2520ANOACORDAO%253A2009/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/false/1/false>. Acesso em: 26 set. 2018.

TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury. Retomar o debate sobre a reforma sanitária para avançar o Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Administração de Empresas**. São Paulo, v. 49, n. 4, p. 472-489, out/dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rae/v49n4/v49n4a10.pdf>. Acesso em: 08 maio 2019.

TERRA. Bolsonaro: “Prefiro filho morto em acidente a um homossexual”. **Terra**, 08 jun. 2011. Disponível em: <https://www.terra.com.br/noticias/brasil/bolsonaro-prefiro-filho-morto-em-acidente-a-um-homossexual,cf89cc00a90ea310VgnCLD200000bbccceb0aRCRD.html>. Acesso em: 08 set. 2018.

TOUSSAINT, Eric. **Banque mondiale, le Coup d’Etat permanent**. Paris: CADTM, 2006. Disponível em: [http://www.cadtm.org/IMG/pdf/Banque\\_mondiale\\_-\\_version\\_du\\_2\\_mai\\_2006-2.pdf](http://www.cadtm.org/IMG/pdf/Banque_mondiale_-_version_du_2_mai_2006-2.pdf). Acesso em: 24 out. 2018.

TOUSSAINT, Eric. Por que o Plano Marshall? **CADTM**, 05 ago. 2014. Disponível em: [http://www.cadtm.org/spip.php?page=imprimer&id\\_article=10528](http://www.cadtm.org/spip.php?page=imprimer&id_article=10528). Acesso em: 22 dez. 2018.

TRINDADE, José Damião de Lima. **História social dos direitos humanos**. 3. ed. São Paulo: Petrópolis, 2011.

UNIÃO, ESTADOS e municípios têm papéis diferentes na gestão do SUS. **Governo do Brasil**, 03 out. 2014. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/governo/2014/10/o-papel-de-cada-ente-da-federacao-na-gestao-da-saude-publica>. Acesso em 15 nov. 2018.

VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil**. Estratégias de bem-estar e políticas públicas. 3. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2011.

VIEIRA, Vilhena Oscar. Supremocracia. **Revista de Direito GV**. São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, v. 4, n. 2, p. 441-464, jul/dez. 2008.

VITULLO, Gabriel; SCAVO, Davide. O liberalismo e a definição bobbiana de democracia: elementos para uma análise crítica. **Revista Brasileira de Ciência Política**. Brasília, n. 13, p. 89-105, jan./abril. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcpol/n13/a04n13.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2019.

WERNER, Patrícia Ulson Pizarro. O direito social e o direito público subjetivo à saúde – o desafio de compreender um direito de duas faces. **Revista de Direito Sanitário**. São Paulo, v. 9, n. 2, p. 92-131, jul/out. 2008. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13119>. Acesso em: 03 out. 2018.

WHO. **The proper function of teaching hospitals within health systems**. Paris: Institute for Health Policy Studies, 1995. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63088/WHO\\_SHS\\_DHS\\_96.1.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63088/WHO_SHS_DHS_96.1.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 20 dez. 2018.