

Aline Tassiara Marques da Cunha

**A PARTICIPAÇÃO DOS REPRESENTANTES DO SETOR
FILANTRÓPICO EM CONSELHOS ESTADUAIS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Nível Mestrado, da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof^a Dr^a Tânia Regina Krüger

Florianópolis
2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Cunha, Aline Tassiará Marques da

A participação dos representantes do setor
filantrópico em conselhos estaduais de saúde / Aline
Tassiará Marques da Cunha ; orientadora, Tânia
Regina Krüger, 2019.

112 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de
Santa Catarina, Centro Sócio-Econômico, Programa de
Pós-Graduação em Serviço Social, Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

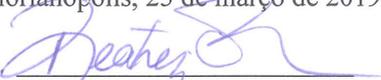
1. Serviço Social. 2. Conselhos de Saúde. 3. SUS.
4. Setor Filantrópico. I. Krüger, Tânia Regina. II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de
Pós-Graduação em Serviço Social. III. Título.

Aline Tassiara Marques da Cunha

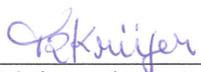
**A PARTICIPAÇÃO DO SETOR FILANTRÓPICO EM
CONSELHOS ESTADUAIS DE SAÚDE**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do título de
“Mestre” e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-
Graduação em Serviço Social

Florianópolis, 25 de março de 2019.


Prof.^a Beatriz Augusto de Paiva, Dra.
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:


Prof.^a Tânia Regina Krüger, Dra.
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina


Prof.^a Michelly Laurita Wiese, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina


Prof. Mauro Serapioni, Dr.
Universidade de Coimbra

AGRADECIMENTOS

A classe trabalhadora desse país, pela força de vencer todos os dias! Vocês financiam todo o sistema tributário brasileiro e me permitiram ser contemplada através da agência CAPES com a bolsa de estudos durante todo o período de mestrado.

Aos meus pais, Jeferson e Arlene que me direcionaram a esse momento e que me proporcionaram uma educação humana e para vida. A minha irmã Debora, obrigada pela amizade, conselhos e apoio. Juntamente com meus pais me proporcionou todas as condições (subjetivas e objetivas) possíveis para que eu terminasse esse trabalho e acima de tudo, me ensinaram o significado de amor e afeto. Amo muito vocês.

Ao Charles, companheiro incondicional, fonte de carinho e apoio. Você foi muito importante na minha caminhada.

A minha orientadora, Prof^a Tânia Regina Krüger, pela confiança no nosso trabalho, pelas observações e orientações no caminhar da escrita. Agradeço a paciência e compreensão.

A nossa turma do Mestrado em Serviço Social que iniciou sua trajetória em abril de 2016 – ao longo do percurso os debates e as trocas foram fundamentais para a construção de ideias que consolidaram este sonho.

A UFSC de forma geral, que enquanto instituição proporcionou que tudo isso se materializasse e a todos os seus funcionários, em especial os do CSE.

A minha prima Laryssa, que além da amizade de uma vida, me estendeu a compreensão de quem estava passando pelo mesmo processo de construção de conhecimento. Obrigada pelas palavras, momentos e suporte.

As duas pessoas que se tornaram verdadeiros amigos e companheiros no decorrer desta trajetória: Matheus e Cláudia. Obrigada pelos momentos, trocas, apoio e força! Vocês me acolherem, abriram seus braços, corações e casas – a torcida de vocês é um estímulo especial.

A Jenifer e Vânia, que apesar da distância provocada pelo dia-a-dia continuam sendo importantes amigas na minha vida.

RESUMO

A presente dissertação tem como objeto de estudo a participação do setor filantrópico nos conselhos de saúde. Sustenta a ideia de que a política de saúde no Brasil deveria ser totalmente pública estatal, gratuita e de qualidade e que nesse sentido o Sistema Único de Saúde - SUS, ainda possui uma longa caminhada para sua consolidação. A relação público privada na saúde é complexa e o setor filantrópico se entrelaça a esse dilema. A participação do setor filantrópico enquanto complementar ao SUS foi prevista na Constituição Federal do Brasil, mas junto a isso temos o desafio de que na área hospitalar existem situações em que é o SUS que o complementa. Nesse sentido essa pesquisa tem como objetivo geral analisar e refletir sobre a direção política da participação dos representantes do setor filantrópico nos conselhos estaduais de saúde, da região sul do Brasil. Para tanto, foi realizada análise documental das atas das reuniões dos conselhos, durante o ano de 2016. Os conselhos de saúde se consolidam enquanto espaço institucionalizado de participação da comunidade, possuem natureza deliberativa e consultiva quanto ao planejamento, gestão e execução da política de saúde. O trabalho se dividiu em três capítulos: I – O setor filantrópico da saúde no Brasil; II – Conjuntura do SUS e suas tendências teórico-políticas e III – A participação do setor filantrópico nos conselhos estaduais de saúde da região sul do Brasil. O terceiro capítulo apresenta os resultados da pesquisa nas atas e a análise sobre as manifestações do setor filantrópico nos conselhos. Um dos principais resultados da pesquisa foi identificar que o setor filantrópico utiliza pouco os Conselhos Estaduais de Saúde para expor suas demandas, ao mesmo tempo em que evidenciou-se o uso de outras estratégias para atingi-las. Eles possuem fácil acesso a representantes governamentais e ao poder legislativo, que frequentemente apoiam seus pedidos e solicitações.

Palavras-chave: Conselhos de Saúde. SUS. Setor Filantrópico.

ABSTRACT

The present dissertation has as object of study the participation of the philanthropic sector in state health councils. It supports the idea that a health policy in Brazil should be totally public, free of charge and with good quality and, in that sense, the Unique System of Health (Sistema Único de Saúde – SUS) still has a long way to its consolidation. The public-private relation in health is complex and the philanthropic sector intertwines to this dilemma. The participation of the philanthropic sector as complementary to SUS was foreseen in federal Constitution of Brazil, but along with this we have the challenge that in the hospital area there are situations where it is the SUS that complements it. In this sense, this study has as main objective to identify and reflect about the policy direction of the representative participation of the philanthropic sector in healthcare state councils, in the South of Brazil. For this purpose, a documentary analysis of the minutes of the meetings during the year 2016, was made. The health councils are consolidated as an institutionalized space of community participation, have deliberative and consultative nature regarding the planning, management and execution of health policy. The work was divided into three chapters: I - The philanthropic sector of health in Brazil; II - The SUS context and its theoretical-political tendencies; and III - The participation of the philanthropic sector in the state health councils of the southern region of Brazil. The third chapter presents the results of the survey in the minutes and the analysis on the manifestations of the philanthropic sector in the councils. One of the main results of the research was to identify the philanthropic sector used in the State Health Councils to expose their demands, while they have other financing strategies. They provide easy access to representative government and legislative power, which often support their requests and solicitations.

Key words: Health Councils. SUS. Philanthropic Sector.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Natureza Jurídica dos Hospitais na Região Sul do Brasil em 2017.....p. 56
- Figura 2** – Restrição no acesso ao Sistema de controle de acesso de conselheiro.....p. 80

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Relação das Santas Casas de Misericórdia no Brasil por ano de criação no período Colonial..... p. 23

Quadro 2 – Diferenças básicas entre associação e fundação.....p. 27

Quadro 3 – Número de atas das plenárias dos conselhos estaduais de saúde do Rio Grande do Sul, de Santa Catarina e do Paraná entre 2013 e 2016.....p. 54

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
CEAS – Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social
CES – Conselho Estadual de Saúde
CEMPRE – Cadastro Central de Empresas
CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DATASUS – Departamento de Informática do SUS/MS
DMP – Departamentos de Medicina Preventiva
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA – Lei Orçamentária Anual
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONG – Organizações Não Governamentais
ONU – Organização das Nações Unidas
PR – Paraná
PPA – Plano Plurianual
RS – Rio Grande do Sul
SES – Secretarias Estaduais de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
SC – Santa Catarina

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	19
1 O SETOR FILANTRÓPICO DA SAÚDE NO BRASIL	25
1.1 FILANTROPIA: ASPECTOS CONCEITUAIS E HISTÓRICOS.....	25
1.2 SETOR FILANTRÓPICO DA SAÚDE E O SUS	33
1.3 A PARTICIPAÇÃO DO SETOR FILANTRÓPICO COMO COMPLEMENTAR AO SUS	41
2 CONJUNTURA DO SUS E SUAS TENDÊNCIAS TEÓRICO- POLÍTICAS	46
2.1 CONJUNTURA NACIONAL DO SUS: PROJETOS DE SOCIEDADE EM DISPUTA	48
2.2 O PAPEL DA PARTICIPAÇÃO INSTITUCIONALIZADA NO SUS: CONSELHOS E CONFERÊNCIAS	56
3 A PARTICIPAÇÃO DO SETOR FILANTRÓPICO EM CONSELHOS ESTADUAIS DE SAÚDE DA REGIÃO SUL DO BRASIL	63
3.1 O CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO PARANÁ	65
3.2 CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE SANTA CATARINA	73
3.3 CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL	78
DISCUSSÕES.....	89
CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
REFERÊNCIAS	99

INTRODUÇÃO

Estudar a participação dos representantes do setor filantrópico nos conselhos estaduais de saúde representa um esforço reflexivo em identificar e refletir sobre sua direção política, observando dentro desse setor o projeto societário que fundamenta suas demandas e seus movimentos.

O contexto em que a relação pública e privada na saúde está inserida é complexo e contraditório, a correlação de forças e interesses antagônicos perpassam não só toda a construção e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), mas muitas legislações e resoluções que o regulamentam, assim como regulamentam a participação do setor filantrópico.

O interesse pelo tema surgiu a partir do acúmulo de estudos e da trajetória acadêmica realizada desde a graduação em Serviço Social. Somam-se assim as participações nos seguintes projetos de pesquisa, extensão e ensino: (1) Família Acompanhante e Cuidadora de Doente Crônico: Acolhimento, Preparação, Reflexão e Avaliação, (2) Atendimento Multiprofissional nas Unidades de Internação Masculina e de Doenças Transmissíveis do Hospital Universitário de Londrina Preparação de Pacientes e Familiares para o cuidado domiciliar; (3) Programa de Extensão - Casa Fácil; (4) O Uso do Território pela Política de Saúde e sua Interface no Trabalho do Assistente Social. Portanto a participação nesses projetos nos inseriram nos debates sobre o SUS, o percurso histórico da política de saúde brasileira e nos aproximaram dos debates sobre as condições de vida e saúde da população brasileira.

Igualmente, foi desenvolvido dois anos de estágio curricular no Ministério Público do Estado do Paraná. Essa experiência possibilitou uma proximidade com as demandas da promotoria de saúde e com inúmeras instituições filantrópicas que atuavam na área da saúde, o que também foi estimulante do ponto de vista acadêmico e intelectual. Essas experiências influenciaram a elaboração do trabalho de conclusão de curso intitulado (TCC) “O terceiro setor na implementação da política de saúde em Londrina”. Posteriormente, surgiu a vontade de ampliar e aprofundar as discussões realizadas no TCC e foi então elaborado o projeto de pesquisa para desenvolver a pós-graduação stricto sensu em nível de mestrado. Esta proposta para a dissertação foi adensada com a participação no Núcleo de Estudos em Serviço Social e Organização

Popular – NESSOP/UFSC e no Projeto de Pesquisa: Saúde e Serviço Social: planejamento, gestão, participação e exercício profissional¹.

Outra inspiração não menos importante para o desenvolvimento desse trabalho foi a observação e reflexão sobre a conjuntura política, econômica e social, tanto internacional quanto nacional. Na conjuntura após a década de 1990, as políticas sociais de forma geral passaram a ter características específicas como a focalização, descentralização, parceria e da reedição da filantropia e da caridade. Passam a se orientar por princípios do ideário neoliberal, tudo isso dentro de um contexto de manutenção de um modelo econômico baseado na super exploração do trabalho e na concentração da riqueza socialmente produzida, cuja expressão é o aumento do desemprego, trabalhos instáveis e precarizados, a diminuição do trabalho e a consequente expansão da pobreza (SILVA, 2003, p.05). Já na conjuntura atual, principalmente após o golpe de Estado ocorrido em 2016 com a destituição da presidenta eleita Dilma Rousseff, essa conjuntura se intensificou. Além de representar um grande ataque a democracia brasileira, também representa, entre outras coisas, um claro avanço ultraconservador, reacionário e ultra neoliberal que acentua-se com estratégias de ataque aos direitos e as políticas públicas historicamente conquistados.

Definimos como objetivo geral da pesquisa analisar e refletir sobre a direção política da participação dos representantes do setor filantrópico nos conselhos estaduais de saúde da região Sul do Brasil, particularmente no ano de 2016². A ideia foi investigar os processo de consolidação desse setor e porque hoje o SUS depende de seus serviços, principalmente hospitalares.

O problema de pesquisa foi sendo construído sob essa perspectiva. Constitucionalmente temos o direito a saúde e o SUS como a política pública para viabiliza-lo. Dentro do SUS é previsto a participação do setor

¹ Trata-se de projeto de pesquisa guarda-chuva coordenado pela professora orientadora, com a realização prevista de março de 2015 a fevereiro de 2019 e está registrado no sistema Notas UFSC - Protocolo nº: 2015.0056. O projeto possui como objetivo geral: Analisar a política de saúde nas suas dimensões do planejamento, da gestão, da participação e o exercício profissional do assistente social na área da saúde.

² A escolha do ano em específico se deu conjuntura política, econômica e social que vivemos, devido a conjuntura atípica de Golpe de Estado com a retirada da Presidenta eleita democraticamente, o que violou todos os princípios do processo democrático e da ordem constitucional brasileira.

filantrópico como complementar, mas a questão fundante problematizada neste trabalho é, em que medida o setor filantrópico (e toda relação público x privado, com um modelo de gestão sob contratos e convênios) se materializa enquanto uma forma segura de respeitar o direito e a qualidade da saúde pública? E quando o contrato com uma instituição filantrópica é rompido com o poder público, como ficam os atendimentos a essa população? E se a instituição acabar, quem absorve aquela demanda? O setor filantrópico se compromete com o SUS? Em que medida? Ele defende seus princípios?

Como objetivos específicos, colocaram-se: conhecer a participação do setor filantrópico na saúde e a legislação que respalda sua participação como complementar no SUS; explicar a conjuntura nacional do SUS e sua diretriz de participação da comunidade; identificar e analisar as manifestações do setor filantrópico nas atas (2016) das reuniões dos conselhos estaduais de saúde (CES) da região Sul do Brasil, como os representantes do setor filantrópico colocam suas demandas, como se posicionam em relação aos temas das pautas em geral e que propostas apresentam.

Desse modo, este estudo coloca-se, diante de algumas questões norteadoras. Dada a expressividade da participação do setor filantrópico na prestação de serviços na saúde, indaga-se: A participação dos representantes do setor filantrópico nos conselhos estaduais de saúde demonstram posições de defesa e ampliação do SUS? A qual perspectiva seus interesses correspondem? Como os representantes do setor filantrópico se posicionam no que diz respeito aos debates, propostas e reivindicações dentro das plenárias dos conselhos estaduais de saúde da região Sul do Brasil?

Face aos objetivos desta pesquisa, optamos por uma investigação metodológica de natureza qualitativa, pois pretendemos um aprofundamento maior da realidade social, para conhecê-la, analisá-la e interpretá-la com base em fundamentação teórica crítica consistente, objetivando compreender e explicar o problema pesquisado. A escolha pela pesquisa qualitativa se deu tendo como referência os estudos de Minayo (2000) e Gil (2008), nos quais os pesquisadores afirmam que a pesquisa social trabalha com categorias que trazem uma carga histórica, cultural, política e ideológica, não podendo ficar restrita a dados numéricos ou estatísticos. Assim, a pesquisa qualitativa:

[...] responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de

realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes [...]. Desta forma, a diferença entre abordagem quantitativa e qualitativa da realidade social é de natureza e não de escala hierárquica (MINAYO, 2008, p. 21-22).

Quanto aos objetivos, a pesquisa caracteriza-se enquanto exploratória, pois pretende “proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições” (GIL, 2002, p. 41). Foram utilizados recursos de revisão de literatura, mas a pesquisa se caracteriza, do ponto de vista de seus procedimentos e técnicas, como documental.

A pesquisa foi realizada através dos procedimentos técnicos de revisão de literatura e análise documental, com base em documentos governamentais, endereços eletrônicos de informações, como o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES/DATASUS. De igual modo, foram pesquisados os dados disponíveis no endereço eletrônico do Ministério da Saúde, das Secretarias e conselhos estaduais de saúde, e do próprio setor que representa a rede de instituições filantrópicas que atuam na saúde.

O principal material da pesquisa foi o conteúdo das atas das plenárias ordinárias e extraordinárias dos conselhos estaduais de saúde nos estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, que juntos compõem a região Sul do Brasil, especificadamente no ano de 2016.

Essas atas são documentos públicos, disponibilizados *online* nos *sites* de cada Secretaria Estadual de Saúde. A pesquisa consistiu em analisar as falas dos representantes do setor filantrópico registradas em ata, sendo que identificamos nominalmente os conselheiros de saúde, pois, desempenham função pública e os documentos consultados com seus nomes estão disponíveis ao público. Sendo assim, a pesquisa não precisou passar pelo comitê de ética, no entanto, ainda se teve todo o cuidado e atenção com as normas éticas da pesquisa em saúde e na área das ciências sociais e humanas.

Portanto, a pesquisa buscará refletir sobre como os representantes do setor filantrópico atuam e se expressam nas plenárias, diante dos pontos de pauta, discussões e votações. Observando quais são seus comentários ou mesmo silêncio sobre temáticas em relação ao setor filantrópico de forma geral, identificando e refletindo assim, principalmente sob a perspectiva da direção política da participação dos representantes do setor filantrópico.

Esta dissertação constitui-se de três capítulos assim estruturados: I – O setor filantrópico da saúde no Brasil, na qual discutimos o conceito de filantropia e hospitais, sobre a constituição histórica do setor filantrópico no Brasil e sobre o marco regulatório do setor filantrópico e suas principais características. II – Conjuntura do SUS e suas tendências teórico-políticas, na qual dissertamos sobre o conceito de saúde, sobre os projetos societários em disputa na correlação de forças público e privado na saúde, sobre a participação da comunidade enquanto princípio do SUS e a conjuntura SUS. No último capítulo, III – A participação do setor filantrópico nos conselhos estaduais de saúde da região sul do Brasil, apresentamos os resultados da pesquisa nas atas e a análise sobre as manifestações do setor filantrópico e alguns aspectos que do que ela representa para o SUS. Um dos principais resultados da pesquisa foi identificar que o setor filantrópico utiliza pouco os Conselhos Estaduais de Saúde para lutar/expor suas demandas, ao mesmo tempo em que possui outras estratégias de atingi-las. Eles possuem fácil acesso a representantes governamentais e ao poder legislativo, que frequentemente apoiam seus pedidos e solicitações.

1 O SETOR FILANTRÓPICO DA SAÚDE NO BRASIL

Responsáveis por mais de 50,5% dos atendimentos ambulatoriais e internações hospitalares realizadas no SUS e por representarem 43,1% dos leitos hospitalares existentes no País, muitas vezes constituindo-se em Centros Regionais de Referência e Excelência Médica, as Santas Casas e hospitais sem fins lucrativos respondem por 60% de todos os transplantes e tratamentos oncológicos realizados no Brasil.

A dimensão do segmento pode ser estimada pelos seguintes números:

- 1.787 hospitais.
- 174.416 leitos - 43,1% do total Brasil.
- 130.836 leitos SUS – 38,8% do total SUS.
- 480.000 empregos diretos.
- 140.000 médicos autônomos.
- 219.843.136 atendimentos ambulatoriais e internações (CMB, 2019).

Nesse capítulo procuraremos demonstrar que a atuação do setor privado filantrópico na área da saúde foi se constituindo e consolidando historicamente no Brasil. Ou seja, se atualmente esse setor possui tamanha representatividade no que tange a prestação de serviços de saúde, principalmente na área hospitalar, isso foi construído em séculos de história.

Assim procuraremos demonstrar ainda como esse setor se organiza atualmente do ponto de vista jurídico. O que de fato caracteriza uma instituição privada filantrópica, como é qualificada e certificada enquanto tal, quais obrigações e benefícios possui e como funciona sua participação enquanto complementar ao SUS. O destaque aqui será para o mais recente marco regulatório desse setor.

A participação desse setor enquanto complementar ao SUS possui uma importância política indiscutível ao mesmo tempo em que representa e reforça interesses hegemônicos. Sua instrumentalidade no âmbito jurídico não foi e nem poderia ser desprezada, especialmente na regulação das concessões, subvenções, isenções e repasses de recursos do Estado para sustentar essa rede privada de instituições.

1.1 FILANTROPIA: ASPECTOS CONCEITUAIS E HISTÓRICOS

O setor privado sem fins lucrativos se denomina e é muitas vezes referenciado como filantrópico. Quem seria contra a filantropia? Remete

a ideia de algo bom e de valores nobres. Esse termo em uma tradição cristã remete a caridade, ajuda ao próximo, voluntarismo e entre outros. Portanto nos propomos aqui a investigar a constituição desse setor “filantrópico” da saúde.

A filantropia, enquanto conceito/termo, vem do latim *philos* (amor) e *anthropos* (homem). O termo surgiu inicialmente como expressão na Grécia antiga e relaciona-se ao amor do homem pelo ser humano. Aristóteles e os estóicos o compreendiam enquanto amizade de homem para com outro homem, seu sentido indicava um vínculo natural, através do qual toda a humanidade constitui um único organismo. Nesse sentido, Platão analisou a filantropia sob três aspectos: saudação, ajuda e hospitalidade (ABBAGNANO, 2000, p. 441).

Mestriner (2001, p.14) afirma que a filantropia se constitui em campo filosófico, moral e dos valores e, assim como o altruísmo e a comisseração, pode levar a um voluntarismo que ocorre no caráter das relações sociais e não no estatuto jurídico propriamente dito. A mesma autora ainda esclarece que, historicamente, na realidade brasileira, os termos assistência (social), filantropia e benemerência vêm sendo tratados como sinônimos e têm sido substitutos um do outro. A Igreja Católica também caracteriza esse termo, mas lhe atribui um sentido de caridade e da benemerência:

[...] a benemerência pode se dar ad hoc ou in hoc. No primeiro caso, historicamente a ajuda nas formas de esmola, auxílio (material ou moral) são as que mais permaneceram. A benemerência se expressou em todos os níveis e foi alvo de inúmeras regulamentações. A nobreza criou o “esmoler” para recolher o benefício e os “vinteneiros” para verificar a necessidade; a Igreja criou os diáconos, que visitavam os assistidos e mediam suas necessidades; as misericórdias coletavam esmolas para ajudar principalmente os órfãos e se constituíram na primeira forma organizada de assistência no Brasil; os “bodós” foram também uma forma de acesso dos pobres a alimentos distribuídos pela Igreja. O favor foi outra forma consolidada de relação social no Brasil, dando-se de forma verticalizada entre o senhor e o apadrinhado (MESTRINER, 2001, p. 14-15).

A autora afirma que a filantropia acabou sendo uma laicização da concepção cristã católica de caridade. Neste sentido, ela afirma que a filantropia possui uma racionalidade que já chegou a conformar uma

escola social positiva, enquanto a benemerência se caracteriza pela ajuda ao próximo e se constitui enquanto uma ação do dom e de bondade. A autora esclarece que a benemerência institucionalizada no Brasil se deu em obras como asilos, orfanatos e abrigos, com caráter de internação, e em obras “abertas”, como espaços de apoio que proporcionavam convivência entre as famílias e as forças institucionais, ou seja, esses foram os primórdios da assistência social no Brasil, com caráter religioso sob o mantra da moral cristã.

Por outro lado, assim como na assistência social, a filantropia também esteve e está presente no âmbito da saúde e na assistência hospitalar desde o início da colonização brasileira e foi basicamente oferecida pelas Santas Casas de Misericórdia, instituição que se originou a partir da Santa Casa de Lisboa, fundada em 1498. Em sua essência, têm como princípio a prática das obras da Misericórdia compiladas por Tomás de Aquino no século XII: Dar de comer a quem tem fome; Dar de beber a quem tem sede; Vestir os nus; Visitar os doentes e presos; Dar abrigo a todos os viajantes; Resgatar os cativos; Enterrar os mortos (MARCHESOTTI, 2013).

Portanto, historicamente, essas bases filantrópicas estão presentes em inúmeras instituições de prestação de serviços no Brasil. Em específico na saúde, os hospitais filantrópicos merecem destaque, pois, estiveram presentes, se consolidando em uma das formas mais antigas e tradicionais de prestação de serviços hospitalares no Brasil possuindo ainda grande expressão na atualidade.

Historicamente, o modelo de hospital foi se transformando, em cada tempo histórico e em cada sociedade, possuindo características diversas. Embora na contemporaneidade o modelo de hospital seja muito similar ao redor do mundo, no passado não costumava ser assim. Vale ressaltar que o conceito de hospital, assim como seus objetivos e estrutura, está muito ligado ao modelo de medicina que predomina em cada tempo histórico. Se o desenvolvimento da medicina social (coletiva/pública) se faz presente no modo de produção capitalista, é interessante compreender como foi constituída.

A origem latina do termo hospital é *Hospitalis*, que vem de *hospes* – hóspedes, isso porque, antigamente, existiam casas que prestavam assistência a peregrinos, pobres e enfermos. Em grego hospital vem de *nosocomium*, que significa receber os doentes. *Hospitium* era chamado o lugar em que se recebiam hóspedes e, mais tarde, desta palavra derivou-se o termo “hospício”, o qual indicava os estabelecimentos ocupados permanentemente por enfermos pobres, incuráveis e insanos. Sob o nome

de hospital, ficaram designadas as casas reservadas para tratamento temporário dos enfermos (CAMPOS, 1965, p. 08).

Campos (1965) afirma que os hospitais, de forma geral, têm uma origem muito anterior à era cristã e que o cristianismo impulsionou e desvendou novos horizontes aos serviços de assistência, sob as mais variadas formas. Entretanto o conceito de hospital era impreciso em relação ao conceito atual. Nesse sentido, vários “hospitais” para escolares e peregrinos foram criados em Paris – o hospital dos escolares de São Nicolau do Louvre, em 1187; o hospital do Santo Sepulcro, em 1326, para receber peregrinos de Jerusalém; o hospital de Santa Catarina, para abrigar apenas por três dias os desocupados (CAMPOS, 1965).

Para Foucault (1972, p. 99), o nascimento do hospital como um instrumento terapêutico, de intervenção sobre a doença e o doente, cuja perspectiva seria produzir cura, data do final do século XVIII. O autor toma como base as viagens inquiridos de Howard e Tenon, pois elas tinham a finalidade de definir um programa de reforma e reconstrução dos hospitais. “O Hospital como instituição importante e mesmo essencial para a vida urbana do Ocidente, desde a Idade média, não é uma instituição médica, e a medicina é, nesta época, uma prática não hospitalar” (FOUCAULT, 1972, p. 101).

Para o autor, antes do século XVIII o hospital era uma instituição de assistência, separação, exclusão e transformação espiritual dos pobres. A função essencial do hospital se encontrava em assistir ao pobre que estava quase morrendo, de forma material e espiritual, uma espécie de lugar de “transição entre a vida e a morte, de salvação espiritual mais do que material, aliada à função de separação dos indivíduos perigosos para a saúde geral da população” (FOUCAULT, 1972, p. 102). A transformação desse hospital com características medievais para um hospital medicalizado e uma medicina hospitalar se deu primeiramente com a anulação de seus impactos negativos, como as desordens que podiam ser do ponto de vista econômico e que geravam doenças no século XVII:

Esta hipótese de que o hospital primeiramente se medicalizou por intermédio da anulação das desordens de que era portador pode ser confirmada pelo fato da primeira grande organização hospitalar da Europa se situar, no século XVII, essencialmente nos hospitais marítimos e militares. O ponto de partida da reforma hospitalar foi, não o hospital civil, mas o hospital marítimo. A razão é que o hospital marítimo era um lugar de desordem econômica. Através dele se fazia, na França, tráfico de mercadorias, objetos preciosos, matérias raras,

especiarias, etc., trazidos das colônias. O traficante fazia-se doente e era levado para o hospital no momento do desembarque, aí escondendo objetos que escapavam, assim, do controle econômico da alfândega. Os grandes hospitais marítimos de Londres, Marseille ou La Rochelle eram lugares de um tráfico imenso, contra o que as autoridades financeiras protestavam. O primeiro regulamento de hospital, que aparece no século XVII, é sobre a inspeção dos cofres que os marinheiros, médicos e boticários detinham nos hospitais. A partir de então, se poderá fazer a inspeção desses cofres e registrar o que eles contêm. Se são encontradas mercadorias destinadas a contrabando, os donos serão punidos. Surge, assim, neste regulamento, um primeiro esquadramento econômico. Aparece também, nesses hospitais marítimos e militares, o problema da quarentena, isto é, da doença epidêmica que as pessoas que desembarcam podem trazer. Os lazaretos estabelecidos em Marseille e La Rochelle, por exemplo, são a programação de uma espécie de hospital perfeito. Mas trata-se, essencialmente, de um tipo de hospitalização que não procura fazer do hospital um instrumento de cura, mas impedir que seja foco de desordem econômica ou médica (FOUCAULT, 1972, p. 103).

Esta reorganização do hospital também decorreu do surgimento do fuzil, pois, até a segunda metade do século XVII, os soldados eram desempregados, vagabundos e miseráveis de qualquer nacionalidade e de qualquer religião, assim, friamente a morte de um soldado causava pouco ônus ao exército, já que a demanda de soldados não ultrapassava a oferta. No entanto, com o fuzil, o exército se tornava mais técnico, sutil e custoso e o preço de um soldado agora seria maior, a formação do indivíduo, sua capacidade, suas aptidões passam a ter um preço para a sociedade. Assim, houve uma maior preocupação com a morte dos soldados e, logo, uma nova demanda/objetivo para os hospitais (FOUCAULT, 1972, p. 104).

De forma sintética, o autor chega à conclusão de que a reorganização dos hospitais foi possível com o desenvolvimento de uma tecnologia política chamada disciplina

Nada se diz da invenção técnica dessa nova maneira de gerir os homens, controlar suas multiplicidades, utilizá-las ao máximo e majorar o efeito útil de seu trabalho e sua atividade, graças a um sistema de poder suscetível de controlá-los. Nas grandes oficinas que começam a se formar, no exército, na escola (FOUCAULT, 1972, p. 105).

A partir desse momento, surge não só uma nova forma de produção social, mas uma nova forma de organização social, as instituições se transformam e o hospital está presente dentro desse movimento. Portanto, muda seus objetivos, estrutura e forma de organizar seus trabalhadores.

Na contemporaneidade, o setor filantrópico é composto por uma vasta diversidade de instituições, cabe destacar entretanto seu papel na área hospitalar e nesse sentido o papel por exemplo da Santa Casa de Misericórdia que é a instituição mais antiga e a mais marcante do setor filantrópico na prestação de serviço hospitalares do Brasil. Sua existência data do período colonial, no qual, ao longo da costa, começaram a surgir cidades que se caracterizavam pelas importantes atividades comerciais, mas nas cidades mais importantes, criava-se uma Câmara Municipal e uma Misericórdia (BOXER, 1969, p. 263).

É difícil estabelecer a data específica da fundação das Misericórdias coloniais, mas ao menos dezesseis foram criadas entre o início da colonização portuguesa e a independência do Brasil (GANDELMAN, 2001, p. 601). As Santas Casas de Misericórdia se concentram no litoral do país. Essas Misericórdias coloniais concentravam-se em duas ações principais: a assistência aos pobres e o cuidado com os doentes. Esta atuação desdobrar-se-ia progressivamente em outras, acompanhando as transformações da dinâmica social.

Quadro 1 - Relação das Santas Casas de Misericórdia no Brasil por ano de criação no período Colonial

Criação	UF	Cidade	Entidade
1539*	PE	Olinda	Santa Casa de Misericórdia da Vila de Olinda
1543	SP	Santos	Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de Santos
1545*	ES	Vitória	Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de Vitória
1549	BA	Salvador	Santa Casa de Misericórdia da Bahia
1560	SP	São Paulo	Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

1564*	BA	Ilhéus	Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de Ilhéus
1582	RJ	Rio de Janeiro	Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro
1585*	PB	João Pessoa	Santa Casa de Misericórdia da Paraíba
1622	MA	São Luiz	Santa Casa de Misericórdia do Maranhão
1650	PA	Belém	Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará
1730	MG	Ouro Preto	Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de Ouro Preto
1765	SC	Florianópolis	Irmandade do Senhor Jesus dos Passos
1767	AL	Penedo	Santa Casa de Misericórdia de Penedo
1778	BA	Santo Amaro	Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de Santo Amaro
1783	MG	São João Del-Rei	Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de São João Del-Rei
1792	RJ	Campos dos Goitacazes	Santa Casa de Misericórdia de Campos
1803	SP	Sorocaba	Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba
1812	MG	Sabará	Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de Sabará
1814	RS	Porto Alegre	Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre
1822	RJ	Parati	Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de Parati

* Ano aproximado.

Fone: Adaptado de KHOURY, Yara Aun. Guia dos Arquivos das Santas Casas de Misericórdia do Brasil: (fundadas entre 1500 e 1900), Volumes 1 e 2. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, PUC-SP/CEDIC, FAPESP, 2004

Conforme Khoury (2004), de 1822 a 1889, foram criadas 58 novas Santas Casas de Misericórdia no Brasil: uma em Alagoas, Amazonas, Ceará, Pernambuco e em Santa Catarina; duas no Paraná, cinco na Bahia, seis no Rio Grande do Sul, nove no Rio de Janeiro, treze em Minas Gerais e dezoito em São Paulo. Entre 1889 e 1918, já estavam em funcionamento cem novas Misericórdias e muitas outras viriam a ser criadas. Essa nova expansão de Misericórdias também se deu com o número das instituições privadas fundadas no mesmo período

Muito embora fosse esperado que os irmãos contribuíssem com seus bens e trabalho para o sustento das iniciativas das Misericórdias, não é

exagero supor que alguns também tivessem sido cativados pela oportunidade de gerir o dinheiro público que chegava às Misericórdias, através das subvenções estatais existentes desde o período colonial (FERNANDES, 2009, p. 67).

Mesmo atendendo a uma demanda pública muito importante na área de assistência à saúde, as Misericórdias também eram movidas pelos interesses dos repasses de verbas e subvenções estatais, como aponta Fernandes (2009):

Com o final do Império brasileiro e a instauração da República em 1889, a nova configuração política não deu sinais de mudança substancial no teor da acção das Misericórdias no país, nem que se iriam modificar as formas clássicas que viam nestas irmandades as principais responsáveis pela proteção social. No entanto, o cariz ideológico da prestação foi alterado, resultado das mudanças e reconfigurações do novo estatuto político (FERNANDES, 2009, p. 64).

No início do século XX, a existência de epidemias, o aumento populacional com a chegada de imigrantes e outras condições da conjuntura política e econômica orientaram a maioria dos hospitais criados por irmandades de Misericórdias e, ao mesmo tempo, proporcionou a atuação mais efetiva do Estado Brasileiro que passou a pensar os problemas sanitários do país a fim de criar condições para se efetivar um novo padrão de saúde no Brasil:

Para enfrentar este contexto de crise sanitária, no período da proclamação da República do Brasil em 1889, e até ao ano de 1922, o país viu nascer 112 Misericórdias, 58 delas no estado de São Paulo. Por seu turno, o Governo teve em consideração a intervenção nas questões da Saúde Pública de forma sistemática. A vertente sanitária foi marcada por dois grandes momentos: a organização da saúde introduzida por Oswaldo Cruz e a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, lócus das reformas desenvolvidas por Carlos Chagas (...) outras iniciativas foram tomadas, como por exemplo a lei Eloi Chaves de 1923, que promulgou a prestação de serviços médicos, hospitalares e farmacêuticos (FERNANDES, 2009, p. 70).

De forma geral, as Misericórdias foram ampliando sua atuação em todo o território nacional, atuação que se concentrava nos grandes centros

urbanos e em capitais. Já nesse período, a relação público e privado na saúde pode ser observada, uma vez que ainda não tínhamos uma política nacional de saúde universal, mas ações estatais focalizadas em campanhas e ações pontuais. Sem serviços amplamente estruturados, principalmente se tratando de hospitais, o Estado Brasileiro contava com a atuação dessas instituições filantrópicas, especificamente na saúde, as Misericórdias:

Tradicionalmente, em nosso país, o Estado tem sido o último a responder diretamente pelas atenções sociais. Neste campo, tem prevalecido o princípio da subsidiariedade entre o estatal e o privado, em que o Estado transfere para a sociedade as responsabilidades maiores, restringindo-se à execução de ações emergências. Para tanto, tem utilizado da estratégia da delegação, manipulando subsídios, subvenções e isenções por meio de mecanismos de convênios e atribuição de certificados, numa pretensa relação de parceria ou de co-produção de serviços sob o financiamento estatal. Como o Estado sempre destinou para esta área restritos recursos financeiros, que levaram a seleção de entidades sociais e pagamentos simbólicos de per capita, ele estabeleceu, com o conjunto de acomodação de interesses econômicos e políticos, atravessada pelo clientelismo e fisiologismo (MESTRINER, 2001, p. 21).

A autora destaca, assim, o papel e a responsabilidade do Estado frente às demandas sociais. O Estado brasileiro foi moldando-se e reconfigurando-se conforme as condições sociais, econômicas, políticas e demandas sociais de cada período histórico. Nesse sentido, percebemos o Estado enquanto um lugar de disputa, no qual há sempre diferentes interesses e organizações que disputam projetos antagônicos. Em última instância, é um espaço no qual se expressa com clareza a luta de classes. O Estado assume posições de defesa ou não de alguns direitos sociais e de políticas sociais conforme as pressões das lutas populares, assumindo, assim, ora estratégias de responsabilização e ora desresponsabilização frente às políticas sociais.

1.2 SETOR FILANTRÓPICO DA SAÚDE E O SUS

Nos propomos aqui a compreender o setor filantrópico sob a ótica da perspectiva crítica, a sua relação com o Estado e como parte constitutiva do Terceiro Setor. O setor filantrópico, como integrante do

Terceiro Setor possui um projeto social nem sempre evidente, mas que se vincula “a programática neoliberal, que articula os diversos subprojetos inseridos na ideologia de autorresponsabilização dos indivíduos e des-responsabilização do Estado, visando desonerar o capital” (MONTAÑO, 2014, p. 42)

Embora o setor filantrópico na saúde tenha grandes particularidades em relação a forma geral em que Montañó define a natureza ideológica do Terceiro Setor. A análise crítica que o autor faz nos remete a muitos aspectos da conjuntura e dos aspectos que envolvem o setor filantrópico.

O novo papel político das ONGs, consideradas na sua generalidade, transfigura-se significativamente, passando de importantes “atores coadjuvantes” dos Movimentos Sociais, a “parceiros” do Estado e/ou capital. De sujeitos (protagonistas) no processo de desenvolvimento e articulação a interesses populares, passam a “sujeitos” (amarrados) às necessidades de financiamento, funcionais ao projeto de reestruturação neoliberal (MONTAÑO, 2014, p. 86).

Assim a ideia é de que as ONGs, de forma geral, passaram a ser mais dependentes de financiamento. Nesse sentido o autor aponta para uma funcionalidade do Terceiro Setor com o projeto neoliberal, na medida em que acabam por ser instrumentos para a) Justificar e legitimar o processo de desestruturação da Seguridade Social b) Desonerar o capital da responsabilidade de co-financiamento as respostas às refrações da “questão social” mediante políticas sociais estatais c) Redução do Controle social e des-publicização da ação social d) Despolitizar os conflitos sociais dissipando-os e pulverizando-os, e transformar as “pressões ao Estado” e as “luta de classes” em “parceria” com o Estado e com o capital. e) Criar a cultura/ideologia do “possibilismo” f) Reduzir os impactos (ideológicos) do aumento do desemprego g) A localização e trivialização da “questão social” e a ideologia da autorresponsabilização pelas respostas às suas sequelas. (MONTAÑO, 2014, p. 90).

Se constituem portanto em um setor privado, que muitas utilizam uma linguagem de esquerda, com bandeiras “progressistas”, “democráticas”, de interesse “popular”, “solidário”, falam em “igualdade”, “empoderamento”, “responsabilidade social”, “participação”, mas entretanto são termos esvaziados de sentido crítico. Uma linguagem de esquerda que esconde um projeto de direita, ou melhor, confunde, mistifica e mistura os dois projetos, o que nos faz pensar em uma terceira perspectiva teórica, uma perspectiva

flexibilizadora, hora defende alguns direitos sociais, hora se sujeita ao capital. Não sendo tudo no branco e se aproximando muito mais de um contexto complexo e cinza, que entoam “o cântico da sereia” e atrai milhares de pessoas, desde o conservadorismo neoliberal até a esquerda pós-moderna. (MONTAÑO, 2014, p. 22).

Apesar de usualmente serem utilizadas as expressões “entidade”, “ONG” (Organização Não Governamental), “instituição”, “instituto”, “organizações sociais” dentre outras, do ponto de vista jurídico essas denominações servem apenas para designar uma associação ou uma fundação, as quais possuem importantes diferenças entre si.

Quadro 2 – Diferenças básicas entre associação e fundação.

Associação	Fundação
Constituída por pessoas	Constituída por patrimônio, aprovado previamente pelo Ministério Público
Pode (ou não) ter patrimônio inicial	O patrimônio é condição para sua criação
A finalidade é definida pelos associados	A finalidade deve ser religiosa, moral, cultural ou de assistência, definida pelo instituidor
Os associados deliberam livremente	As regras para deliberações são definidas pelo instituidor e fiscalizadas pelo Ministério Público
Registro e administração são mais simples	Registro e administração são mais burocráticos

Fonte: Bludeni, M. L. et al, p. 09. 2011.

Nesse sentido, uma associação pode ser definida como:

[..] uma pessoa jurídica de direito privado, sem fins econômicos ou lucrativos, que se forma pela reunião de pessoas em prol de um objetivo comum, sem interesse de dividir resultado financeiro entre elas. Toda a renda proveniente de suas atividades deve ser revertida para os seus objetivos estatutários (BLUDENI, M. L. et al, 2011, p. 08).

Enquanto uma fundação é definida por ser uma:

[...] pessoa jurídica de direito privado, sem fins econômicos ou lucrativos, que se forma a partir da existência de um patrimônio destacado pelo seu instituidor, através de escritura pública ou testamento, para servir a um objetivo específico, voltado a causas de interesse público (BLUDENI, M. L. et al, 2011, p. 09).

Essas instituições podem ainda buscar outros registros junto ao Poder Público que, por sua vez, são facultativos, tais como os Títulos, Certificados ou Qualificações. Cada título, certificado e/ou qualificação possui uma legislação específica que deverá ser respeitado e devidamente cumprido pela entidade que tem interesse em obtê-lo.

O setor filantrópico, as associações e fundações da área da saúde podem requerer o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área de Saúde - CEBAS. Tal certificado é concedido pelo Ministério da Saúde a pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, reconhecidas como Entidade Beneficente de Assistência Social para a prestação de serviços na Área de Saúde. A obtenção do CEBAS possibilita a isenção das contribuições sociais e a celebração de convênios com o poder público, dentre outros. O CEBAS-SAÚDE é atualmente regulamentada pela Lei 12.101/09 (BRASIL, 2009), Lei 12.868/13 (BRASIL, 2013), Lei 13.650/18, pelo Decreto 8.242/14 e pelas portarias 834/16 e 01/2017. Portanto para ser qualificada a entidade de saúde deverá, nos termos da Lei nº 12.101/2009 (BRASIL, 2009):

I - celebrar contrato, convênio ou instrumento congênere com o gestor do SUS;

II - ofertar a prestação de seus serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento);

III - comprovar, anualmente, da forma regulamentada pelo Ministério da Saúde, a prestação dos serviços de que trata o inciso II, com base nas internações e nos atendimentos ambulatoriais realizados.

Portanto um dos principais requisitos para a obtenção é a prestação de serviços ao SUS de no mínimo 60%. A entidade beneficente certificada na forma do Capítulo II fará jus à isenção do pagamento das contribuições de que tratam os artigos 22 e 23 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991, desde que atenda, cumulativamente, aos seguintes requisitos (BRASIL, 2009)

I - não percebam, seus dirigentes estatutários, conselheiros, sócios, instituidores ou benfeitores, remuneração, vantagens ou benefícios, direta ou indiretamente, por qualquer forma ou título, em razão das competências, funções ou atividades que lhes sejam atribuídas pelos respectivos atos constitutivos; (Redação dada pela Lei nº 12.868, de 2013)

II - aplique suas rendas, seus recursos e eventual superávit integralmente no território nacional, na

manutenção e desenvolvimento de seus objetivos institucionais;

III - apresente certidão negativa ou certidão positiva com efeito de negativa de débitos relativos aos tributos administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil e certificado de regularidade do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço – FGTS;

IV - mantenha escrituração contábil regular que registre as receitas e despesas, bem como a aplicação em gratuidade de forma segregada, em consonância com as normas emanadas do Conselho Federal de Contabilidade;

V - não distribua resultados, dividendos, bonificações, participações ou parcelas do seu patrimônio, sob qualquer forma ou pretexto;

VI - conserve em boa ordem, pelo prazo de 10 (dez) anos, contado da data da emissão, os documentos que comprovem a origem e a aplicação de seus recursos e os relativos a atos ou operações realizados que impliquem modificação da situação patrimonial;

VII - cumpra as obrigações acessórias estabelecidas na legislação tributária;

VIII - apresente as demonstrações contábeis e financeiras devidamente auditadas por auditor independente legalmente habilitado nos Conselhos Regionais de Contabilidade quando a receita bruta anual auferida for superior ao limite fixado pela Lei Complementar no 123, de 14 de dezembro de 2006.

O SUS é reflexo da correlação de forças do processo constituinte dos anos de 1986-1988. Enquanto o artigo 196 da Constituição menciona que a saúde é direito de todos e dever do Estado, o artigo 199, afirma que a assistência à saúde é livre a iniciativa privada, podendo participar de forma complementar, tendo preferência às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (BRASIL. 1988). Esta contradição da origem do SUS, segundo Bahia (2018, p.02) se deve ao momento da Constituinte, pois os sanitaristas estabeleceram acordos com parlamentares progressistas. E o setor privado e filantrópico buscou apoio junto ao Centrão (parlamentares que representavam setores sociais mais conservadores).

A relação público e privado na saúde, mesmo com a aprovação do SUS, segue um campo de tensão: a iniciativa privada e a iniciativa pública

filantrópica é uma questão histórica do sistema de saúde no país. Dessa forma, aquilo que no passado expressava uma relação “promiscua onde, por vezes, se tornava difícil distinguir o que é público do privado, agora é juridicamente separado, o que não significa que as práticas correspondem com a legislação sobre elas” (GERSCHMAN; VIANA 2005, p.318).

A Carta Magna³ confere às entidades privadas sem fins lucrativos o direito à imunidade tributária. A legislação⁴, ao abrir espaço para a prestação de serviços de saúde pela iniciativa privada, em caso de insuficiência do SUS na cobertura assistencial à população, abre uma lacuna, a partir da qual o mercado subtrai a titularidade do Estado, que pode ocorrer mediante às “privatizações”, “publicizações” e “tercerizações”. Assim, o que seria um direito universal torna-se um objeto de exclusão ao ser transfigurado em bem de consumo.

Este reconhecimento constitucional possibilitou a expansão do setor filantrópico da saúde no SUS. Um setor privado que financiado por recursos públicos do SUS foi tomando tamanha dimensão nos serviços públicos de saúde. A constante regulação do setor filantrópico da saúde no SUS não apresenta evidências de redução ou estabilização dos serviços e dos recursos recebidos. Ao contrário inúmeros ajustes legais do setor privado filantrópico que parece facilitarem sua expansão em detrimento dos serviços estatais próprios do SUS

A realidade da prestação de serviços de saúde para o SUS conta com a contratualização de entidades privadas e, nesse sentido, o CEBAS-SAÚDE é uma qualificação importante para as entidades beneficentes da área de saúde, pois ela permite a isenção da cota patronal da contribuição previdenciária junto à Receita Federal e possibilita a obtenção de recursos federais (JÚNIOR; ALVES; ALMEIDA, 2016, p.3):

Para atrair essas entidades, o Estado utiliza incentivos financeiros e tributários como a isenção de contribuições para a seguridade social prevista no texto constitucional – alínea c do inciso VI do artigo 150 e §7º do artigo 195, e o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde, que destina repasse de recursos financeiros às entidades contratadas. Estima-se que a renúncia fiscal ou gastos tributários de contribuição previdenciária devida às entidades filantrópicas, no ano de 2015,

³ Artigo 150, inciso IV, alínea c 77.

⁴ Faz referência à Lei nº 8.080/90.

girou em torno de R\$ 10 bilhões. Insta lembrar que ao deixar de arrecadar parte dos tributos, o Estado age como se estivesse realizando um pagamento.

A obtenção do CEBAS é atraente ao setor privado filantrópico na medida em que possibilita às entidades a isenção das contribuições sociais (em conformidade com os arts. 22 e 23 da Lei nº 8.212 de 24/07/1991), convênio e emenda (LDO 2015), transferências às Instituições Privadas sem Fins Lucrativos – das Subvenções Sociais; Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH); Impostos, Taxas e Contribuição de Melhoria Estaduais e Municipais (IPVA, IPTU, Contribuição de melhoria de Iluminação, Taxa de Água); e isenção na taxa de importação de equipamentos e materiais; o que observamos é que essas instituições construíram uma longa relação com o estado Brasileiro ao longo da história.

Entretanto todos os hospitais filantrópicos se beneficiam do CEBAS. Ele possibilita para essas instituições que são privadas, isenção das contribuições sociais, a priorização na celebração de convênios com o poder público, isenção da cota patronal, imunidade em relação às contribuições para a seguridade social prevista no art. 195, § 7º da Constituição Federal de 1988. Contam muitas vezes com terrenos cedidos ou doados para construção de suas instituições, desconto nas contas de água e luz⁵.

Ou seja, são subvenções sociais, designadas a custear as despesas das organizações públicas e ou privadas; convênios, acordos ou ajustes - forma jurídica de executar serviços, em caráter de participação mutua e com interesses em comum; Contratos de gestão, forma sob a qual o Estado destina verbas para uma organização privada sem fins lucrativos, através de um processo não licitatório; Termos de parceria, onde o Estado destina recursos para organizações tidas como “parceira”, substituindo a responsabilidade do Estado frente às demandas sociais, sendo então uma forma de privatização de funções do Estado; Isenção de impostos ou

⁵A Comissão de Seguridade Social e Família aprovou em 2017 o projeto de tarifa social de energia elétrica para hospitais públicos e filantrópicos e entidades filantrópicas em todo o País (PL 38/15). A mesma estabelece até 50% de desconto na tarifa. Atualmente está aguardando Designação de Relator na Comissão de Finanças e Tributação (CFT). Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=944304>>. Acesso em 20 de jan. de 2019.

renúncia fiscal pelo Estado a receber impostos de entidades declaradas como filantrópicas ou de interesse público.

Auditoria do Tribunal de Contas da União (TCU) contesta a "efetividade e economicidade" do Proadi, programa do Ministério da Saúde que beneficia 6 hospitais de celebridades. Eles mal atendem pelo SUS, mas conseguiram que o governo federal os dispense de pagar mais de R\$ 500 milhões por ano em impostos. De 2012 a 2017, Albert Einstein, Moinhos de Vento, Samaritano, Sírio Libanês, Hospital do Coração e Oswaldo Cruz, deixaram de pagar R\$ 3,2 bilhões em tributos federais (HUMBERTO, 2019).

A informação está no relatório de uma auditoria feita pelo tribunal no Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (o Proadi-SUS). Hospitais como o Albert Einstein e o Oswaldo Cruz em São Paulo recebem renúncias fiscais que, desde o início do programa, em 2009, chegam a R\$ 3,8 bilhões. (PARREIRA, 2018). Fatos como esses nos fazem refletir sobre a atuação desses hospitais e do cunho político que o "sem fins lucrativos" levam. Até que ponto isso é realmente verdadeiro dada a natureza política e jurídica das mesmas, são antes de tudo instituições privadas, que realizam atendimento privado.

Investimento sem retorno - TCU reclama que não há avaliação do benefício social ou de saúde que justifique a isenção anual de meio bilhão dos hospitais dos ricos.

O Estado é uma mãe - Mais da metade da renúncia fiscal beneficiou o Einstein e o Sírio. O restante fez a alegria do HCor, Oswaldo Cruz, Samaritano e Moinhos.

Einstein lidera - O hospital Albert Einstein é a unidade de saúde "de excelência" que mais recebeu isenções fiscais: R\$ 1,3 bilhão em descontos desde 2012.

Apoio e avaliação zero - Para o TCU, tampouco o "Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS" avalia criteriosamente projetos desses hospitais (HUMBERTO, 2019).

O Estado de S. Paulo na coluna de ECONOMIA & NEGÓCIOS também notificou situação a ser observada

O Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) está sendo sondado por bancos de investimento para fazer uma segunda emissão de Certificados de Recebíveis Imobiliários (CRIs), lastreado pelo seu Centro de Ensino e Pesquisa, que está sendo construído em São Paulo. Em agosto do ano

passado, o HIAE emitiu R\$ 400 milhões, com vencimento em sete anos, pagando 97% do CDI. Desta vez, o valor será de R\$ 200 milhões (ESTADÃO, 2019)

Na mesma reportagem é apontado ainda o fato de que o desafio é chegar a um preço que faça sentido e com custos totais que fiquem próximos aos 100% do CDI, como a emissão anterior. O hospital também vem conversando com o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), a International Finance Corporation (IFC) do Banco Mundial e o US Exim-Bank, o banco de fomento norte-americano, que também estão interessados no projeto. Além disso, o Hospital Albert Einstein tem expectativas de avançar na prestação de serviços para empresas, com a regulamentação da telemedicina, esperada para ser anunciada dia 7 de fevereiro. Hoje, o hospital presta serviços à Petrobrás, mas há um grande mercado de companhias com operações remotas a ser atendido. Procurado, o HIAE não se manifestou até a publicação desta nota. (ESTADÃO, 2019).

1.3 A PARTICIPAÇÃO DO SETOR FILANTRÓPICO COMO COMPLEMENTAR AO SUS

A participação do setor filantrópico no SUS não é nada desprezível. O reconhecimento da saúde como direito de todos e obrigação do Estado não tirou a hegemonia desse setor na prestação de serviços pelo contrário incorporou dentro do sistema público (artigo 196 e 199 da Constituição de 1988). Segundo Ministério da Saúde (FRASÃO, 2017):

A rede filantrópica brasileira engloba, atualmente, 1.708 hospitais que prestam serviços ao SUS, sendo responsável por 36,86% dos leitos disponíveis, 42% das internações hospitalares e 7,35% dos atendimentos ambulatoriais. Além disso, as entidades beneficentes são responsáveis por quase 50% do total de atendimentos pela rede pública, executando o maior quantitativo de cirurgias oncológicas, cardíacas, neurológicas e transplantes, chegando a 60% das internações de alta complexidade.

O Brasil possui aproximadamente 6,3 mil estabelecimentos de saúde⁶, desse total, 1,7 mil são hospitais beneficentes que prestam serviços ao SUS desse total. A distribuição das entidades filantrópicas (ou beneficentes) pelo Brasil se dá da seguinte forma: 63 estão na Região Norte, 512 no Nordeste, 161 no Centro-oeste, 1.406 no Sudeste, região mais populosa do País, e 1.169 no Sul. Elas são responsáveis por cerca de 60% das internações de média e alta complexidades (BRASIL, 2016).

A participação do setor filantrópico no SUS não segue regras gerais. Como dito acima são bastante variáveis e flexíveis as normativas para os subsegmentos de prestação e serviços e capacidade instalada. Vale mencionar aqui o chamado setor filantrópico de excelência regulamentado na Lei nº 12.101/2009 (BRASIL, 2009)

Art. 11. A entidade de saúde de reconhecida excelência poderá, alternativamente, para dar cumprimento ao requisito previsto no art. 4o, realizar projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS, celebrando ajuste com a União, por intermédio do Ministério da Saúde, nas seguintes áreas de atuação: I - estudos de avaliação e incorporação de tecnologias; II - capacitação de recursos humanos; III - pesquisas de interesse público em saúde; ou IV - desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde.

⁶ Os estabelecimentos de saúde possuem uma ampla e genérica caracterização. No artigo 3º da portaria nº 1.646, de 2 de outubro de 2015 Institui o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Encontramos a seguinte definição “estabelecimento de saúde: espaço físico delimitado e permanente onde são realizadas ações e serviços de saúde humana sob responsabilidade técnica”. **Tipo de estabelecimento:** Posto de Saúde, Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde, Policlínica, Hospital Geral, Hospital Especializado, Unidade Mista, Pronto Socorro Geral, Pronto Socorro Especializado, Consultório Isolado, Unidade Móvel Fluvial, Clínica Especializada/Amb. Especializado, Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia, Unidade Móvel Terrestre, Unidade Móvel de Nível Pré-hospitalar na Área de Urgência e Emergência, Farmácia, Unidade de Vigilância em Saúde, Cooperativa, Centro de Parto Normal Isolado, Hospital /Dia- Isolado, Central de Regulação de Serviços de Saúde, Laboratório Central de Saúde Pública – LACEN, Secretaria de Saúde (Tabela alterada de conformidade com a Portaria nº 115 de 19 de Maio de 2003, Portaria nº745 de 13 de dezembro de 2004, Portaria nº 333 de 23 de junho de 2005 e Portaria nº 717 de 28 de setembro de 2006). Disponível em http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo_estabelecimento.htm (pagina alterada). Acesso 10 set. 2018.

Para o Triênio de 2018-2020 o Ministério da Saúde certificou como Entidades de Saúde de Reconhecida Excelência (ESRE) com Termo de Ajuste e que estão aptas a apresentar propostas e projetos ao Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS) regido pela Lei 12.101/2009, são: Hospital Albert Einstein (SP); Hospital Sírio-Libanês (SP); Hospital do Coração (SP); Hospital Alemão Oswaldo Cruz (SP) e Hospital Moinhos de Vento (RS)⁷.

Este setor complementar ao SUS historicamente tem recebido do setor público brasileiro uma série de concessões (chamamos também de privilégios), que se caracterizam nas isenções fiscais, na concessão e empréstimos a juros baixos, ao perdão de dívidas. As entidades excelência na saúde receberam entre 2012/14 de R\$ 933 milhões em isenções fiscais do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS).

Em qualquer busca simples a informações sobre o setor filantrópico da saúde encontramos inúmeras notícias do amplo leque que configuram as concessões e os privilégios que recebem do setor público. A título de exemplo, a Comissão de Seguridade Social e Família aprovou projeto, do deputado Sergio Vidigal (PDT-ES), que cria tarifa social de energia elétrica para hospitais públicos e filantrópicos e entidades filantrópicas em todo o País (PL 38/15) (BRASIL, 2017).

O objetivo é minimizar os problemas financeiros enfrentados pelas instituições. [...] Pelo texto, os hospitais públicos e os hospitais filantrópicos terão direito a desconto de no mínimo 50% (cinquenta por cento) nas tarifas de energia elétrica; já as entidades filantrópicas terão direito a descontos entre 20% (vinte por cento) e 50% (cinquenta por cento) nas tarifas de energia elétrica.

O Congresso Nacional recebeu em agosto de 2018 o texto da Medida Provisória 848/18, que cria uma linha de crédito, com recursos retirados do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), para socorrer as santas casas e os hospitais filantrópicos que atendem pelo SUS. O fundo poderá disponibilizar para a nova linha 5% do seu programa anual de aplicações. Segundo o Ministério da Saúde, isso equivale a cerca de R\$ 4 bilhões este ano. Os operadores serão Banco do

⁷ BRASIL. Entidades de Saúde de Reconhecida Excelência (ESRE). PROADI/SUS. Sem data. Disponível em <http://portalms.saude.gov.br/acoee-programas/proadi-sus/entidades-de-saude-de-reconhecida-excelencia-esre> Acesso 10 set. 2018.

Brasil, Caixa Econômica Federal e o Banco Nacional do Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES). O risco financeiro da operação ficará com os três bancos oficiais (BRASIL, 2018).

Estas concessões se espalham pelas esferas subnacionais nos estados e municípios. Em Santa Catarina foi aprovada a Lei nº 16.968, de 19 de julho de 2016, que institui o Fundo Estadual de Apoio aos Hospitais Filantrópicos de Santa Catarina, sob a gestão e execução direta ou descentralizada da Secretaria Executiva de Supervisão de Recursos Desvinculados. Este Fundo não se subordina ao Fundo Estadual de Saúde por ponde devem passar todos os recursos dos serviços SUS e nem a apreciação do Conselho Estadual de Saúde.

Ghilardi e Ceretta (2004) procuram explicar a situação caótica a que chegaram as entidades filantrópicas da saúde, pois deve-se, em grande parte, à exigência do cumprimento dos requisitos para a renovação do Certificado de Entidade de Assistência Social. Com argumentações pobres e com relativo desprezo ao setor público brasileiro e ao SUS os autores afirmam que

Na prática, o que se constata é que os sessenta por cento dos leitos destinados ao SUS estão sempre lotados e os outros quarenta por cento, reservados a clientes que teoricamente deveriam sustentar todo o hospital, estão migrando para o sistema único, despovoando essa área, já que o Estado, conforme frisado, não discrimina pobres ou ricos e se obriga a conceder atendimento gratuito a quem solicitar. A partir dessa mudança de atitude dos clientes, as entidades de saúde começaram a ver comprometida sua situação financeira, agravada ainda mais pelos valores irrisórios e em atraso repassados pelo Estado através do convênio SUS. [...] A última saída a ser considerada seria o aumento do valor dos serviços prestados aos clientes pagantes, ou seja, aquela mesma parcela disposta às internações na área representativa dos quarenta por cento, que o SUS permite, sejam utilizados para atendimento a pacientes particulares ou pagantes. Mas, desses clientes, muitos possuem outros convênios com empresas de saúde tipo unimed e outras, que também não aceitam aumentos sem negociação prévia. O restante dos clientes, além de não considerar simpática a proposta, poderá ter aí um motivo derradeiro para optar pelo atendimento gratuito, admitindo a redução da qualidade a comprometer o orçamento familiar. (GHILARDI e CERETTA, 2004, p. 58 e 59).

O que percebemos aqui e que é o plano de fundo de todo esse contexto do setor filantrópico é a entrega do fundo público a esse setor. Como afirma Evilasio Salvador (2012) “No capitalismo ocorre uma disputa na sociedade por recursos do fundo público no âmbito do orçamento estatal. O orçamento público é um espaço de luta política, com as diferentes forças da sociedade buscando inserir seus interesses”. Claramente vivemos uma disputa pelo fundo público de todos os setores, mas em especial, se aplica ao que observamos no setor privado filantrópico na saúde.

Os interesses dentro do Estado Capitalista são privados e, a partir da década de 1980, há um domínio hegemônico do capital financeiro. Sob o comando das políticas neoliberais foi esgarçada a liberalização financeira com o enfraquecimento do Estado e da proteção social, sob o efeito dos juros do serviço da dívida, potencializando a crise estrutural do capitalismo.

O orçamento público não se limita a uma peça técnica e formal ou a um instrumento de planejamento; ele é, desde suas origens, uma peça de cunho político. No orçamento é que são definidas as prioridades de aplicação dos recursos públicos e a composição das receitas, ou seja, sobre quem vai recair o peso do financiamento tributário. Não se trata de uma escolha somente econômica, mas principalmente resultado de opções políticas, refletindo a correlação de forças sociais presente na sociedade (...) O orçamento público no capitalismo brasileiro é refém dos rentistas do capital financeiro, obstaculizando a construção de um sistema de proteção social universal. Os ricos neste país continuam não pagando impostos, pois suas rendas estão isentas da tributação. Ao mesmo tempo em que a maior parcela do orçamento é destinada ao capital portador de juros, por meio do pagamento de juros e amortização da dívida pública (SALVADOR, 2012).

Nesse sentido sentimos a necessidade de compreender melhor essa relação na especificidade de setor filantrópico da saúde, para isso é necessário compreender a conjuntura política que vem passando o SUS historicamente.

2 CONJUNTURA DO SUS E SUAS TENDÊNCIAS TEÓRICO-POLÍTICAS

Desde sua aprovação, o SUS vem sendo implementado num contexto econômico e política contraditório as suas raízes. Ele surge como ideia a partir do movimento de Reforma Sanitária na década de 1980 e é aprovado com princípios doutrinários que defendem a sua universalidade, equidade e integralidade enquanto política social. Portanto, minimamente realizar um breve resgate histórico de SUS e refletir sobre o seu desenvolvimento é um dos objetivos deste capítulo.

Ocorre que esse contexto é marcado não só por disputas em relação a política de saúde, mas por disputas de classe, disputas de projetos de sociedade. Embora as complexidades que perpassam o SUS seja inúmeras, de forma sistemática defendemos que pelo menos 3 tendências/perspectivas vem atravessando a história do SUS, que são a da Reforma Sanitária que iremos chamar aqui de progressista, a liberal privatizante que defende a mercantilização da saúde e uma outra perspectiva um pouco mais sutil e sofisticada que é uma perspectiva flexibilizadora, ou seja um mix das outras duas, essa última perspectiva nem sempre tem um discurso claro de seu real objetivo, portanto nos propomos a explorar e desvendar seus princípios e valores.

O Estado brasileiro tem papel importantíssimo nesse contexto, pois nele se manifestam as grandes questões em torno do SUS. O Estado que hora se responsabiliza pela saúde reconhecendo-a como um direito do cidadão brasileiro, também aprova legislações que não só permitem a livre participação de sistemas privados de saúde (como complementar), mas que os incentiva com repasse de recursos, parcerias, concessões, subvenções e isenções. Ou seja, que divide sua responsabilidade, que responde a saúde muitas vezes por meio do financiamento dos serviços, mas terceiriza sua execução, ou de fato privatiza mesmo em alguns momentos.

Num segundo momento discutiremos o papel da participação institucionalizada no SUS, já que a participação da comunidade é prevista com princípio e diretriz no SUS. O que muda de fato com essa abertura maior para a participação dos cidadãos no processo de tomada de decisão, abertura essa agora garantida em lei e que indica sim um processo de democratização das instituições decisórias no país. Os conselhos e as conferências assim se constituem enquanto os lócus privilegiados onde essa participação institucionalizada se dá no SUS.

2.1 CONJUNTURA NACIONAL DO SUS: PROJETOS DE SOCIEDADE EM DISPUTA

Um dos conceitos de saúde mais difundidos academicamente foi instituído pela Organização Mundial de Saúde – OMS, em 1948, e estabelece a saúde como “um estado de bem-estar físico, mental e social”. Entretanto, Arouca (1987, p. 36) aprofunda essa perspectiva e amplia o sentido do conceito de saúde nos seguintes termos:

Saúde não é simplesmente não estar doente, é mais, é um bem estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno, é o direito a ter água, a vestimenta, a educação, e, até a informações sobre como se pode dominar este mundo e transformá-lo. É ter direito a um ambiente que não seja agressivo, mas, que pelo contrário permita a existência de uma vida digna e decente, a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e autodeterminação de um povo. É não estar o tempo todo submetido ao medo da violência tanto daquela violência resultante da miséria que é o roubo, o ataque, como da violência do governo contra o seu próprio povo... Saúde é a possibilidade de trabalhar e ter acesso a terra (AROUCA, 1987, p.36).

Nesse conceito ampliado de saúde, os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais são compreendidos como Determinantes Sociais da Saúde⁸. O que significa dizer que a saúde pode ser compreendida enquanto resultado de uma multiplicidade de fatos biológicos, psicológicos, sociais, culturais, políticos e econômicos.

Entretanto nem sempre esse foi o conceito referência para tratar da saúde, já que a política de saúde no Brasil se construiu a partir da gênese do sistema de proteção social. A conjuntura histórica configurou novos contornos à saúde ao longo da história brasileira. Assim, a proposta de reformulação da política de saúde surgiu através do movimento de Reforma Sanitária, que emergiu no contexto da ditadura militar e da luta pela redemocratização. Essa proposta surgiu, em um primeiro momento, na academia, pois era ligado majoritariamente aos Departamentos de Medicina Preventiva das Universidades Brasileiras, que se articularam

⁸ Conceito definido pela Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Ver Buss e Filho (2007).

com outros segmentos sociais e governamentais, como médicos e outros profissionais de saúde, além do movimento popular.

A partir da década de 1980, outros segmentos se envolveram, como o Movimento Municipalista em Saúde, com experiências pioneiras em Campinas, Niterói e Londrina (MENICUCCI, 2007). Além disso, o Movimento Sanitário brasileiro adotou, como uma de suas referências, a Reforma Sanitária italiana, ao construir seu projeto a partir da formulação crítica ao modelo privatista e mercantilista, que fortaleceu o crescimento do setor privado, financiado pelo Estado e à custa da falência do sistema público de saúde (GERSCHMAN, 1995).

O Movimento de Reforma Sanitária colocou em debate três aspectos importantes: um conceito ampliado e abrangente de saúde; a saúde como direito de cidadania e dever do Estado; e a constituição do SUS. Esses aspectos foram os temas centrais da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) que se diferencia das demais por conta de seu caráter democrático e pelo seu processo de realização anterior por via das conferências municipais e estaduais. A VIII Conferência Nacional de Saúde teve como temas centrais a saúde como dever do Estado e direito do cidadão e a formulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial. Portanto, discutiu uma nova proposta de estrutura e de política de saúde nacional, sistematizando as propostas do projeto da Reforma Sanitária, onde se elaborou o texto submetido apresentado aos constituintes para aprovação

No transcorrer dos trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte, houve muita tensão decorrente da existência de dois blocos da saúde. De um lado, os empresários do setor, Federação Brasileira de Hospitais, Associação de Indústrias Farmacêuticas; e de outro, as forças propugnadoras da Reforma Sanitária, representadas pela Plenária Nacional e pela Saúde na Constituinte, que congregavam aproximadamente duas centenas de entidades representativas do setor. A grande conquista da Plenária Nacional de Saúde foi a capacidade técnica de formular com antecipação um projeto de texto constitucional, submetendo os constituintes a uma pressão constante e mobilizando a sociedade em torno do processo (FAVARO, 2009, p. 70).

Em meio a um tenso embate político, a Constituição de 1988 incorporou alguns dos princípios defendidos na VIII Conferência de

Saúde na construção de uma Política de Estado que garanta a universalidade do acesso à saúde por todos os brasileiros, ou seja, por meio de uma ampla participação popular na implantação do SUS.

As Leis orgânicas da saúde tiveram como objetivo regulamentar a Constituição de 1988 no que diz respeito à saúde, sendo elas a Lei nº 8.080/1990 e a Lei nº 8.142/1990. Elas regulamentam todo o sistema de saúde: disposições gerais e preliminares; objetivos e atribuições; princípios e diretrizes; organização; direção e gestão; competências e atribuições; serviços privados de assistência à saúde (funcionamento e participação complementar); recursos humanos; financiamento (dos recursos, da gestão financeira, do planejamento e do orçamento) e, finalmente, das disposições transitórias.

Além disso, a lei nº 8.080 aponta para um conceito de saúde ampliado, que não diz respeito apenas a tratar doenças, mas estabelece, conforme seu Art. 3º, 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 aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

Essa legislação estabelece que a saúde é resultado de um conjunto de fatores de vários âmbitos da vida social, ou seja, conforme o parágrafo único: “Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social” (BRASIL, 1990). Nesse sentido, essas duas legislações consideram a saúde como um direito universal, como um elemento de construção da cidadania e que determinaram que o Estado, por meio do SUS, irá conduzir toda a política de saúde.

O Estado democrático e de direito foi definido pela Constituição de 1988, sob os fundamentos de soberania, cidadania, dignidade da pessoa humana, valores sociais do trabalho e da livre iniciativa e pluralismo político, conforme o seu Art. 1º. O Art. 3º afirma que os objetivos fundamentais dessa República passam a ser o de construir uma sociedade livre, justa e solidária, garantir o desenvolvimento nacional, erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais, além de promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

Assim, com a Constituição de 1988, a saúde passa a ser compreendida enquanto um direito social, tal como afirma o Art. 6º: “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados”.

Entretanto no mesmo período em que o SUS estava sendo implantado e regulamentado 1990-2002, foi desenvolvida uma contrarreforma liberal com o desmonte da Seguridade Social e implantado ajuste macroeconômico, por intermédio do Plano Real e da Reforma do Estado.

Os princípios que orientam o paradigma neoliberal na questão social eram absolutamente antagônicos aos da Carta de 1988: o Estado de Bem-Estar Social é substituído pelo 'estado Mínimo'; a seguridade social, pelo seguro social; a universalização, pela focalização; a prestação estatal direta dos serviços sociais, pelo 'Estado Regulador' e pela privatização; e os direitos trabalhistas, pela desregulamentação e flexibilização. Em suma, a 'Constituição Cidadã', tão bem alcunhada por Ulysses Guimarães se transformou em 'Constituição vilã', aos olhos dos reformadores liberais e da elite (FAGNANI, 2005, p.390).

A história nos mostra as contradições e diferentes interesses presentes na implantação do SUS. A Constituição trouxe grandes avanços, porém, não foi suficiente para acabar com a correlação de forças conservadoras e progressistas que estavam alinhadas ao fenômeno internacional da crise do Welfare State e atreladas a um período de inflação, estagnação e recessão econômica mundial. Os debates das políticas sociais e sua universalidade, de forma geral, passaram a se concentrar na definição de como se fará o enfrentamento das questões: se pelo Estado ou se pelo mercado.

É importante ressaltar que a construção do SUS, deu-se a partir do início da década de 90, deu-se em um contexto de crise econômica (do capital), de reformas e de ajustes estruturais impostos pelas políticas de estabilização econômica. Ou seja, num contexto de ofensiva neoliberal que teve rebatimentos em todas as esferas de organização social.

O neoliberalismo na década de 1990 foi referência para os países da América Latina enquanto política econômica e isso ocorreu

principalmente devido à influência do Consenso de Washington. Originalmente, o Consenso de Washington surgiu a partir do artigo “*What Washington Means by Policy Reform*” (O que Washington significa pela reforma política), publicado por John Williamson, em 1990. O artigo apontou dez medidas econômicas e políticas que tinham “dado certo” em países de capitalismo avançado e, portanto, deveriam ser adotadas pelos países subdesenvolvidos, prioritariamente pela América Latina, para que esta pudesse modernizar-se.

À época, o Brasil sofria com a forte inflação e outros resultados da crise capitalista e da doutrina neoliberal que ditava as regras para a “superação” da crise, a qual se resumia à adoção da política econômica neoliberal. Em relação à gestão do Estado, o “Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado” apontou os rumos e os objetivos de mudanças, calcado no ideal de tornar a Administração Pública mais “eficiente” e voltada à “cidadania”. O Plano foi elaborado pelo Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado – MARE – e aprovado pelo Presidente da República, Fernando Henrique Cardoso (FHC), em 21 de setembro de 1995. Conforme Resende (2012), em pleno desenvolvimento da política neoliberal na década de 1990, o Estado Brasileiro passou por essa profunda reforma, destinada a reformar em especial o âmbito administrativo, representado pela Administração Pública em sentido amplo, abarcando os poderes Legislativo, Executivo e Judiciário e todos aqueles que exerciam a função administrativa.

Isso foi operacionalizado e legitimado através da expansão da ideia de que o setor privado era muito mais eficiente que o público estatal e isso foi argumento para não viabilizar a proposta de descentralização do SUS, negligenciar a educação pública e sucatear as Universidades Federais (COSTA, 1998, p. 6). O Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado apresenta a ideia de “crise do Estado e usa do argumento de excesso de Estado na esfera produtiva para justificar a deterioração dos serviços públicos” (COSTA, 1998, p. 07). De acordo com o Plano Diretor, o escopo da reforma é a transformação do modelo burocrático e “ineficiente” de administrar o Estado para um modelo voltado ao “progresso”. A redefinição do papel do estado pregava que ele deveria deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via da produção de bens e serviços, de modo a fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento. Houve uma despolitização da crise do Estado, o que se caracteriza na medida em que as reformas foram colocadas enquanto questões técnicas, excluindo, assim, o debate das classes sociais.

Costa (1998, p. 9) também afirma que, a partir dos princípios das propostas de reforma, colocados pelo governo, é possível observar uma lógica privatizante, pois “reformular o Estado significa transferir para o setor privado as atividades que podem ser controladas pelo mercado”. Assim, podemos compreender a aprovação constitucional do SUS como fruto das lutas sociais e organização do Movimento de Reforma Sanitária, mas que possui um movimento contraditório quando é aprovado e regulamentado em um momento de ascensão do neoliberalismo, que vai na contra mão dos direitos sociais e das políticas sociais universais não contributivas.

A Política de Saúde na década de 1990 tem como plano de fundo a tensão entre dois projetos em disputa, o projeto da Reforma Sanitária e o projeto do Mercado (Privatista) e, portanto: “Nesse contexto, apesar do texto constitucional conter avanços, houve um forte ataque por parte do grande capital, aliado aos grupos dirigentes” (BRAVO, 2008, p. 13).

Compreender esse movimento a partir da conjuntura econômica e política do Brasil é importante para entender como se deu os processos e as particularidades da implantação e da configuração da política de saúde. Também é importante para avaliar a inserção e regulação do setor filantrópico como um grande prestador de serviços de saúde no SUS.

Essa relação público e privado na saúde é complexa e traz resquícios de culturas históricas, mas o SUS pode ser interpretado como uma grande conquista para a classe trabalhadora brasileira. Ele possui claros limites e, apesar de expressar uma clara correlação de forças entre projetos distintos, conseguiu apontar uma tendência à universalização e à democratização do Estado ao ampliar os canais de diálogo.

A partir de 2002, com o Partido dos Trabalhadores na direção do país, o SUS foi sendo implantado, melhorado, se expandiu em cobertura e qualidade, mas não conseguiu ser único nem universal. Da mesma forma que o SUS cresceu, o setor privado e filantrópico também se expandiu. Dentre alguns avanços podemos destacar as inovações institucionais, descentralização de atribuições e de recursos, a participação da comunidade através das conferências e conselhos, o desenvolvimento de sistemas de informação em saúde, a consciência e reconhecimento formal do direito à saúde, e a formação de trabalhadores, a ampliação de estabelecimentos, equipes e rede de serviços na atenção básica, os CAPS, CERESTs, vigilância em saúde e sanitária, assistência farmacêutica com destaque ao fornecimento e barateamento de

medicamentos, nos transplantes, SAMU, controle do tabagismo, avanço no tratamento de doenças crônicas (PAIM, 2018, p. 03).

Nos 30 últimos anos, o acesso à assistência ambulatorial à saúde aumentou substancialmente no Brasil, provocando não só a redução de internações por causas sensíveis à atenção primária, como também melhorando a mortalidade infantil, materna e por causas evitáveis, com notável impacto positivo na diminuição de desigualdades (...) Um dos pontos chave para a melhoria dos resultados em saúde no Brasil foi a expansão da atenção primária à saúde através da Estratégia Saúde da Família (ESF) (MASSUDA, et al, 2018).

Principalmente com o movimentos de municipalização dos serviços, metade da população antes excluída de qualquer sistema de saúde passou a ser incluída, um “levantamento realizado sobre o período de 1990 a 2005 mostrou que os municípios passaram a ser responsáveis por 93% dos novos estabelecimentos e 69% dos trabalhadores públicos de saúde no país” (SANTOS, 2018, p. 1730).

Nesse sentido os avanços do SUS são inegáveis, implantamos um sistema nacional de saúde pública. “No âmbito da Atenção Básica em Saúde, aumentou a integração das ações promotoras, protetoras, e recuperadores da saúde, apoiadas em diagnósticos epidemiológicos, sociais, formação profissional e processos de trabalho em equipe (PAIM, 2018, p. 1725)”.

A Política Nacional de Saúde Mental também foi um avanço para a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental na perspectiva da luta antimanicomial. A Rede de Atenção Psicossocial - RAPS foi instituída para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Entretanto todos os avanços históricos do SUS, convivem, contraditoriamente, com o crescimento do setor privado e filantrópico, “a expansão de empresas privadas assistenciais e de planos privados de saúde alterou a posição do tabuleiro e das peças do jogo político (BAHIA, 2018, p.3)”. O SUS nunca conseguiu ser 100% público e estatal, e as perspectivas mostram que estamos cada vez mais longe desse ideal.

O SUS é composto por uma relação complexa e híbrida com o setor privado e filantrópico. O orçamento federal executado em 2018 com saúde foi de 4,09% do PIB (FATTORELLI, 2018), mas desse valor não temos a clareza da porcentagem exata de repasses ao setor privado e

filantrópico, “não existem registros sobre atividades realizadas mediante pagamento direto apenas, nem sobre todas as fontes de financiamento do setor privado e filantrópico” (BAHIA, 2018, p. 03).

Conforme Paim (2018, p. 02) “o fato concreto é que o SUS foi implantado, mas não se encontra consolidado”. Nesse sentido inúmeros desafios, obstáculos e ameaças se colocam no caminho a sua consolidação. Do ponto de vista mais ideológico além da crítica e oposição da mídia, o SUS enfrenta grandes interesses econômicos e financeiros ligados a operadoras de planos de saúde, empresas de publicidade, indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares. Entretanto concretamente, um dos principais desafios para o SUS é a diminuição do financiamento federal. Essas restrições de investimento rebatem em infraestrutura, na manutenção da rede de serviços, na contratação e remuneração de seus trabalhadores (PAIM, 2018, p.1725).

Santos (2018, p. 1731) aponta algumas restrições que colaboram para a desestruturação dos eixos estratégicos do SUS. O autor afirma que o subfinanciamento federal do SUS vem provocando a construção implícita de outro modelo de atenção a saúde. O autor elenca os principais fatos que colaboraram para essa situação: o financiamento federal ter permanecido entre 1/3 e 1/2 do que foi inicialmente determinado na Constituição; a Desvinculação de Receitas da União (DRU) que a partir de 2000 permitiu desvincular 20% de todo orçamento da Seguridade Social, e sua atualização com a PEC 87/2015 que elevou a DRU a 30% e criou a DRE para os níveis estaduais e municipais; “Engavetamento” dos projetos: 2004 da PL-01/2003, da PL-121/2007 e da PL-141/2012 e PLIP-321/2013 que elevaria o financiamento para 10% da Receita Corrente Bruta da União; Aprovação da MP-619/2013 que estende a renúncia fiscal das contribuições sociais COFINS e PIS às empresas de planos privados de saúde; Veto do artigo da LDO/2016, permitindo queda no orçamento do SUS estimada entre 8 e 15 bilhões; e Aprovação no Congresso Nacional da EC 95/2016 que reduziu a correção anual do financiamento federal da área social, inclusive do SUS (SANTOS, 2018, p.1731).

Santos (2018) reconhece esse subfinanciamento do SUS como uma estratégia que favorece o mercado privado. Para ele está vigente objetivos hegemônicos do Estado que são contrários ao setor público da saúde. Assim “o subfinanciamento faz parte da construção, em etapa avançada, de um arranjo público-privado à brasileira das diretivas neoliberais

denominadas “cobertura universal” com segmentação social e financiamento público (SANTOS, 2018, p. 1735).

Paim (2018, p. 1725) afirma que há um boicote passivo ao SUS através do subfinanciamento e um boicote ativo quando o Estado premia, reconhece e privilegia o setor privado com subsídios, desoneração e sub-regulamentação. Portanto, diante dessa realidade, a decisão de compra de serviços no setor privado torna-se fortalecida e a ideologia da privatização é reforçada.

Conforme Bahia (2018, p. 6) a indefinição das fronteiras entre público, filantrópico e privado trava a implementação plena de políticas universais. A autora afirma que o golpe parlamentar de 2016, efetuado pela maioria do PMDB, PSDB e outros partidos trouxe para a saúde um centrão conservador que vem impondo bandeiras contra a constituição quando por exemplo se colocam contra programas do SUS voltados a proteção de etnias, famílias plurais, causa LGBT, feministas, ações antimanicomiais e critérios para o repasse de recursos federais.

Conclui-se que o setor privado e filantrópico-privado, eminentemente financeirizados, impuseram padrões para o uso do fundo público anti-democráticos e anti-democratizantes que embora não imponham ao obstáculo à determinadas políticas públicas de ampliação do acesso, impedem a efetivação do SUS constitucional (BAHIA, 2018b, p.1).

Esse contexto nos revela que a forte hegemonia neoliberal se desenvolveu com bastante segurança perante as reações contra-hegemônicas desenvolvimentistas, progressistas e populares desde os anos 1990. A correlação de forças que permeia todo desenvolvimento da política de saúde no Brasil está posta, portanto defender o direito universal à saúde, com a consolidação de um sistema único, forte, público e de qualidade, é um desafio que requer prática política, organização coletiva, e luta.

Ou seja, toda essa conjuntura afetou diretamente o SUS. Contexto esse de ataque aos direitos da classe trabalhadora, que se expressa também com as terceirizações e precarizações das condições de trabalho, aumento do desemprego e diminuição do IDH. Essas condições são resultado de um modelo econômico que contribui progressivamente para o aumento da concentração privada da riqueza que é socialmente produzida.

2.2 O PAPEL DA PARTICIPAÇÃO INSTITUCIONALIZADA NO SUS: CONSELHOS E CONFERÊNCIAS

A história da formação do Estado brasileiro é marcada pelo privilégio das elites econômicas, já que essas sempre buscaram manter e

ampliar seu poder político e econômico, daí sua posição contrária à construção de uma esfera pública democrática como espaço onde diferentes sujeitos postulam por direitos. O Brasil, assim como outros países latino-americanos, possui uma cultura de não participação da maioria da população nos mecanismos decisórios. Os resquícios de uma tradição com valores autoritários dificultam a participação popular nos processos políticos (decisórios). Assim, os obstáculos históricos registram uma trajetória de resistência da classe subalterna aos mandos e desmandos das elites. Com mais intensidade nas últimas décadas, mesmo sob a ditadura militar, a participação popular foi decisiva no processo da redemocratização brasileira, materializada pelo desempenho dos movimentos sociais.

Portanto, partilhamos da concepção de que a participação “não é dada, é criada. Não é dádiva, é reivindicação. Não é concessão, é sobrevivência. A participação precisa ser construída, forçada, refeita e recriada” (DEMO, 1988, p. 82). Nessa perspectiva, os processos participativos tendem a ser lentos e conflituosos, pois, em última instância, a participação é conquista.

Vale ressaltar ainda que, do ponto de vista das condições histórico-estruturais de opressão, aos donos do poder interessa a participação enquanto ela serve para “legitimar a ordem vigente (...), a participação consentida e tutelada. Não pode, então, haver participação dada, doada, preexistente. [Ela] somente existe na medida em que a conquistamos, num contexto de esforço conscientizado das tendências históricas contrárias” (DEMO, 1988, p. 84 *apud* PERUZZO, 1998, p. 77).

Se pensada no sentido de integração da sociedade, de ampliação da participação dos cidadãos nos mecanismos decisórios e na perspectiva de democratização do Estado, a participação é uma questão política. Inclusive, porque quase sempre implica em um processo político, que envolve disputa de poder.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos reconheceu, em 1948, o direito de participar. Seus artigos 27 e 29 afirmam que os homens têm o direito de participar livremente da vida da comunidade, assim como possuem deveres com a mesma. A Conferência das Nações Unidas (1976) “deixou afirmado que a participação popular é um direito humano, um dever político e um instrumento essencial de construção nacional” (PERUZZO, 1998, p. 295). Ou seja, reconhece o direito à participação em um sentido de integração social, na qual o homem está integrado quando participa e excluído quando não participa.

Assim, se coloca a necessidade de se definir claramente a respeito de que participação falamos, pois há “uma diversidade de processos, formas, níveis e intensidade” (PERUZZO, 1998 p. 73). Não existe uma definição determinante sobre o que é participar ou como participar, pois existem diferentes formas e níveis de participação, sendo que podem se consolidar de forma institucional ou podem ser supostamente mais livres e relativamente autônomas:

As diferenças (...) [são muitas e] vão desde o âmbito mesmo da experiência, seu contexto político, econômico e social e, o que é determinado em grande parte pelo anterior, o nível de participação, até os recursos tecnológicos empregados. Isso para não falar da natureza das organizações e instituições a que se vinculam as práticas (...) (MULLER, 1984, p.11).

A participação pode ser analisada, conforme Utreras (1988)⁹, pelo menos a partir de quatro níveis distintos de envolvimento, ou seja, modos de participação. Em síntese, por participação nas *mensagens* divulgadas, sem de fato interferir nos processos, participação na *produção* de mensagens, programas e materiais, participação no *planejamento*, ao *definir* políticas, objetivos, princípios de gestão, planos, atividades e financiamentos, quanto na formulação de projetos nacionais, regionais e locais, e participação na *gestão*, participando dos processos decisórios relativos à programação (conteúdo, duração, seleção de horários) e controle, relativa à administração e ao financiamento da organização comunicacional.

Nesse sentido, embora existam diferentes formas de participação, vamos nos debruçar, aqui, sobre a participação institucionalizada. Em específico, sobre a participação da comunidade nos processos de construção, gestão e controle das políticas sociais. Ela é referenciada sob distintas nomenclaturas por diversos autores, tais como “participação de

⁹ Jorge Merino Utreras sistematiza os princípios da participação na comunicação em reunião sobre autogestão, realizada em Belgrado, em 1977, e em Seminário do Ciespal/UNESCO, em 1978. Ver Peruzzo (1998, p. 74).

cidadãos”, “participação democrática”, “participação social”, “participação popular”, “inclusão social”. Ocorre que uma mesma prática pode ter vários nomes ou um mesmo nome pode representar práticas distintas. O fato é que a inclusão da sociedade na gestão, planejamento e fiscalização das políticas sociais amplia os canais de diálogo em uma perspectiva de democratização do Estado, possibilitando que a população integre os processos de tomada de decisão e que a mesma leve suas demandas à gestão pública (FAVARO, 2009).

A Constituição garantiu o princípio da gestão descentralizada e participava. Estabeleceu, nos artigos 204 e 227, a *participação da população*, por meio de organizações representativas, no processo de formulação e controle das políticas públicas em todos os níveis da gestão pública. Ou seja, a participação da comunidade não se restringe apenas à política de saúde.

Especificamente no caso da saúde, a participação da comunidade na gestão da política foi estabelecida pelo art. 198 da Constituição enquanto uma das diretrizes do SUS. A lei nº 8.080/90 reafirma, no seu artigo 7º, a participação social como um princípio para o SUS e a lei nº 8.142/90, no seu artigo 1º, define que sejam criados os conselhos e as conferências a fim de viabilizar a participação da comunidade na gestão do SUS. O artigo 1º da lei 8142/90 afirma que:

§ 1o — A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2o — O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuário, 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 esfera de governo (BRASIL, 1990).

Os Conselhos e as Conferências são espaços institucionalizados que, claramente, possuem limites, mas, ao mesmo tempo, possuem a

potencialidade de possibilitar a interferência na gestão das políticas públicas e, nesse sentido, podem contribuir para a construção de uma cultura política mais democrática e participativa.

[...] os espaços das Conferências e dos Conselhos, mesmo que formalmente delimitados (institucionalizados), estão possibilitando que muitos representantes da sociedade muitos servidores públicos adentrem as autoritárias fronteiras que marcam a história da administração pública brasileira e façam proposições sobre as políticas públicas. Tais espaços ainda se constituem como oportunidade de socialização da política e da construção de outra hegemonia articulada pelos princípios da democracia. Mesmo que, de fato, estas instâncias, após 20 anos de vida, não tenham conseguido mudança de paradigma no conteúdo e na forma das políticas governamentais, estão introduzindo novas configurações no âmbito público-estatal e, num nível restrito, estão possibilitando a socialização de informações sobre projetos, serviços, financiamento, e sobre a dinâmica burocrática da gestão. (KRUGER, p. 83, 2008).

Ao influenciar as políticas e as decisões de gestão, a sociedade e o Estado passam a estabelecer uma espécie de aliança que, ao menos em tese, corresponde ao interesse público. Os conselhos são organizações formais cujo funcionamento se estrutura por regras formalizadas em estatutos, regimentos e outros documentos orientadores e se caracterizam por serem instâncias deliberativas, se diferenciando quanto à capacidade de produzir decisões vinculantes sobre políticas e programas (IPEA, 2010). A resolução 453 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde estabelece como definição do conselho de saúde a seguinte:

O Conselho de Saúde é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei no 8.142/90. O processo bem-sucedido de descentralização da saúde promoveu o surgimento de Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos dos Distritos Sanitários Especiais

Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente. Assim, os Conselhos de Saúde são espaços instituídos de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde (BRASIL, 2012).

Dessa forma, os conselhos são compostos por representantes de entidades, instituições e movimentos representativos de usuários, de entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, do governo e de entidades representativas de prestadores de serviços de saúde, sendo o seu presidente eleito entre os membros do Conselho, em reunião plenária.

Portanto, o modelo participativo em saúde não é exatamente o de democracia direta, mas se aproxima de um modelo de democracia representativa na escolha de representantes. Nesse sentido, importa, desse modelo representativo, a iniciativa do processo eleitoral, geralmente realizado na forma do voto.

3 A PARTICIPAÇÃO DO SETOR FILANTRÓPICO EM CONSELHOS ESTADUAIS DE SAÚDE DA REGIÃO SUL DO BRASIL

Para este estudo, foram consultadas as atas disponíveis online dos Conselhos Estaduais de Saúde da região Sul do Brasil (Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul) no ano de 2016. Ao todo estão disponibilizadas 38 atas de 41 plenárias, sendo que foram especificadamente 14 atas no Paraná, 09 em Santa Catarina e 15 no Rio Grande do Sul.

Em uma breve séria histórica das atas dos três colegiados entre 2013 e 2016, vimos que o número de reuniões é relativamente estável, com destaque para Santa Catarina que realizou menos de 10 reuniões anuais e para o Rio Grande do Sul que realiza reuniões quinzenais, conforme seu Regimento Interno (RIO GRANDE DO SUL, 1994).

Quadro 3 – Número de atas das plenárias dos conselhos estaduais de saúde do Rio Grande do Sul, de Santa Catarina e do Paraná entre 2013 e 2016.

Ano Estado	2013	2014	2015	2016	Total	Total Geral
Paraná	R.O: 10	11	12	11	44	53
	R.E: 0	4	2	3	9	
Santa Catarina	R.O: 9	7	8	9	38	38
	R.E: 0	0	0	0	0	
Rio Grande do Sul	R.O: 21	20	19	18	18	57
	R.E: 2	0	2	0	4	
Total	42	42	43	41	113	126

Legenda: R.O= Reunião Ordinária e R.E= Reunião Extraordinária.

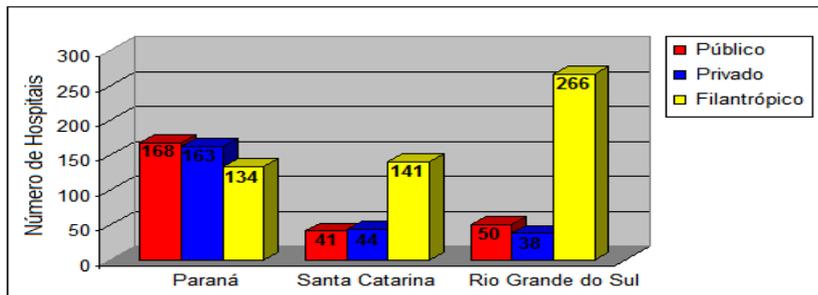
Fonte: (RIO GRANDE DO SUL 2017), (SANTA CATARINA, 2017), (PARANA, 2017). Elaborado pela autora.

O conteúdo das atas é extenso e com pautas diversas, para contextualização optamos por realizar um mapeamento das atas e um recorte das falas dos representantes do setor filantrópico e/ou em alguns casos específicos falas de outros conselheiros que dizem respeito a pauta dos filantrópicos.

Como principais órgãos representativos do setor filantrópico, temos, atualmente, a nível federal a Confederação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos - CMB, composta por 16 Federações Estaduais, e representa 2.172 hospitais sem fins lucrativos em todo o país, dos quais 1.704 (78,5%) possuem contratos com o SUS (CMB, 2018).

Os órgãos mais tradicionais que representam o setor filantrópico na região Sul do Brasil são: No Paraná a Federação das Santas Casas de Misericórdia e Hospitais Beneficentes do Estado do Paraná – FEMIPA (que representa 60 instituições hospitalares no Estado) e a Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde no Estado do Paraná. - FEHOSPAR; Em Santa Catarina, a Federação das Santas Casas, Hospitais e Entidades Filantrópicas do Estado de Santa Catarina – FEHOSC e a Associação dos Hospitais do Estado de Santa Catarina – AHESC; No Rio Grande do Sul, a Federação das Santas Casas e Hospitais Beneficentes, Religiosos e Filantrópicos e a Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Saúde do RS – FEHOSUL e a Associação dos Hospitais do Rio Grande do Sul – AHRGS.

Figura 1 – Natureza Jurídica dos Hospitais na Região Sul do Brasil em 2017



Fonte: Ministério da Saúde, CNES. Adaptado pela autora. 2017

Conforme dados do CNES (2017) o Paraná possui 168 hospitais públicos, 163 privados e 134 filantrópicos. Santa Catarina possui 22 hospitais públicos, 09 privados e 181 filantrópicos. Rio Grande do Sul possui 50 hospitais públicos, 38 privados e 266 filantrópicos. Se observados conforme sua natureza jurídica, teremos o grupo dos públicos e o dos privados, e dessa forma nos três estados o setor privado já é a imensamente maior que o público, se desvincularmos o setor filantrópico do privado, mesmo assim continua sendo maior que o público em Santa Catarina e no Rio Grande do Sul. Isso demonstra uma clara prioridade

dos estados em incentivar e dar suporte a esse setor em detrimento do setor público.

Cabe ainda explorar muito mais sobre os filantrópicos e sua atuação. Em estudos futuros e mais densos, poderemos investigar e pensar sobre a qualidade do serviço que é ofertado por essas instituições, sobre o controle social e a transparência de prestação de contas dessas instituições, sobre a quantidade de leitos SUS que atendem, número de procedimentos, cirurgias e consultas que realizam, entre outros.

3.1 O CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO PARANÁ

O CES/PR foi regulamentado conforme disposto no inciso III do artigo 169 da Constituição Estadual (PARANÁ, 1989), artigo 1º da Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990) e pela Lei Estadual nº 10.913, de 04 de outubro de 1994 (PARANÁ, 1994). Foi definido enquanto “instância colegiada superior, deliberativa, de caráter permanente, representativa, normativa, consultiva e fiscalizadora das ações e dos serviços de saúde no âmbito do Estado do Paraná, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros”, conforme estabelecido pela Resolução CES/PR nº 057/16 que aprovou seu regimento interno (PARANÁ, 2016).

A composição do CES/PR é de trinta e seis membros titulares e trinta e seis membros suplentes (PARANÁ, 2016). Na Gestão 2016-2019 possuiu quatro representantes da gestão pública, cinco dos prestadores de serviços, nove dos profissionais da saúde e dezoito dos usuários. O setor filantrópico é representado no CES/PR por duas entidades. A primeira é a Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviço de Saúde no Estado do Paraná - FEHOSPAR¹⁰, cujo conselheiro titular é Rangel Silva e o suplente é Maurício Duarte Barcos. A segunda entidade é a Federação das Santas Casas de Misericórdia e Hospitais Benéficos do Estado do Paraná - FEMIPA¹¹, cuja conselheira titular é Maria Aparecida Bertoni Cardoso e a suplente é Rosita Marcia Wilner (PARANÁ, 2016).

A pesquisa analisou 14 atas das reuniões ordinárias e extraordinárias do CES/PR no ano de 2016. As atas tinham em média 30

¹⁰ Fundada em 31/08/1991. Atual presidente Dr. Renato Merolli. (FEHOSPAR, 2019)

¹¹ **FEMIPA** – representa 60 instituições hospitalares no Estado, foi fundada em 12/03/1986. Os hospitais afiliados à Femipa são responsáveis por mais de 50% dos atendimentos ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado e chegam a atender 70% da demanda no Estado em procedimentos de alta complexidade (FEMIPA, 2019).

páginas, todos os assuntos tratados na reunião apareciam com bastante detalhe, quase como transcrições, os assuntos que são colocados para votação aparecem como aprovados ou não, mas não descrevem nominalmente como votou cada conselheiro.

Os representantes do setor filantrópico (FEMIPA e FEHOSPAR) quase não se manifestavam sobre as pautas das reuniões e sobre suas demandas específicas do setor filantrópico. Ao todo, houve manifestações do setor em 09 atas, mesmo assim apenas 1 manifestação específica referente ao setor filantrópico. Entretanto, houve 02 outras falas importantes de representantes de outras entidades que se referiram ao setor filantrópico.

A primeira manifestação que engloba a pauta do setor filantrópico se deu na 229ª reunião que ocorreu em 30/03/2016. Foi realizada por Antônio Garcez Neto, representante do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Paraná – COSEMS. Mesmo não sendo um representante do setor filantrópico, é importante para compreender o contexto. No momento de sua fala estava sendo debatido o Relatório Anual de Gestão – RAG 2015, e Antônio estava analisando o Relatório, os pareceres das Comissões e fazendo uma análise da situação atual da saúde do país (PARANÁ, 2016, p. 13). A seguir o trecho específico:

(...) se não fosse a participação efetiva do Estado em alguns programas de saúde, eles estariam vivendo o que estão vendo em outros Estados no Brasil e é só abrir o noticiário e ver o caos da oncologia no nordeste, pessoas morrendo sem o primeiro atendimento [...] Programas como o HOSPSUS do Governo do Estado tem salvado vidas. **Quem aqui hoje, administra um hospital que está regrado ou que está sendo beneficiado com programa HOSPSUS sabe que ele está aberto graças a este tipo de programa senão estaria fechado e estariam vivendo o fechamento de portas de hospitais filantrópicos que atende querendo ou não, a gosto ou não, são os hospitais filantrópicos que atendem mais de 70% dos internamentos no Brasil.** E como isso não se considera nos outros Estados, está aqui a Rosita [Representante FEMIPA] que foi várias vezes a Brasília e foram discutir essa realidade e viram outros Estados em situação de calamidade sendo que no Paraná, mantém este serviço graças ao investimento do Governo do Estado (PARANÁ,

229ª do Conselho Estadual de Saúde. Secretaria de Estado da Saúde, 2016a, p. 13. Grifo nosso.

No contexto da ata os outros conselheiros estavam falando de uma situação nada favorável a saúde no paraná, e das dificuldades. Portanto Antônio realizou essa fala a fim de diferenciar o Paraná dos outros estados, na visão dele o Paraná e os municípios paranaenses “estão totalmente fora de um quadro geral da situao geral do país em relao a saúde pública. [...] desde o início do SUS até hoje, o pior ano foi dois mil e quinze em saúde pública que já viveram. O verdadeiro caos da saúde pública” (PARANÁ, 2016a, p.13). Portanto ele justifica que o Paraná s está bem (comparado a outros estados) devido a iniciativa do Governo estadual de incentivo financeiro aos hospitais filantrópicos, através do programa HOSPSUS. Sua fala grifada em negrito nos passa a ideia de que somos dependentes do setor filantrópico “que atendem mais de 70% dos internamentos”, e sendo dependentes dessa modalidade, temos que financiá-los e incentivá-los, pois, caso contrário eles estariam fechando as portas. Essa fala reflete uma opinião na sociedade bastante reforçada pelas mdias, a ideia de que os hospitais filantrópicos vivem uma crise financeira, que o financiamento público das entidades não é realizado de forma satisforia e que se o governo não investir mais, as portas se fecharão, como se a falta de recursos e apoio fosse uma constante (PARANÁ, 229ª do Conselho Estadual de Saúde. Secretaria de Estado da Saúde, 2016a, p. 13.).

A segunda fala registrada em ata foi realizada na 232ª reunião em 24/06/2016, pelo conselheiro Rangel Silva representante da FEHOSPAR. No contexto da reunião o tema em debate era a influenza, H1N1 e seus níveis de mortalidade e porcentagem de óbitos aceitável pelo atendimento em hospitais, após outra fala sobre a necessidade de informar a populao a buscar atendimento antes do agravamento da saúde, antes do caso chegar a UTI. Nesse sentido Rangel afirma “em relao  questão de UTI, estão vendo, os hospitais que a demanda do aumento e que a oferta de UTI não vai aguentar a demanda e por outro lado, pode ter leito, mas não ter equipamento. Seria importante a Secretaria estar atenta a isso (PARANÁ, 2016b, p. 21). Embora se referindo aos hospitais de forma geral e não especificadamente a hospitais filantrópicos, acreditamos que essa fala se coloca na perspectiva da fala anterior, na qual expõe que há poucos leitos de UTI, afirmando que não aguenta a demanda e que mesmo se tiver leitos não vai ter equipamento. Por ser um representante do setor filantrópico interpretamos como uma fala no sentido de que os hospitais

precisam de mais leitos de UTI e mais equipamentos, portanto oportunidade para reforçar que precisam de mais investimento do fundo público. (PARANÁ, 2016b, p.21).

A última manifestação foi da ata da reunião 234ª de 26/06/2016. Foi realizada por Paulo Almeida, representante da Secretária Estadual de Saúde – SESA. Estava sendo discutido a execução do Orçamento, o demonstrativo quadrimestralmente para o Fundo Estadual de Saúde, a Comissão de Orçamento e as redes de incentivos ao HOSPSUS.

em relação ao HOSPSUS está inserido nas duas Redes, na iniciativa quatro um meia um Rede de Urgência e Emergência e na iniciativa quatro um meia dois, Rede Mãe Paranaense. Rede Urgência e Emergência, o valor que está projetado para 2017 é trezentos e um milhões, seiscentos e sessenta e seis mil, sessenta e dois centavos. Isso do HOSPSUS, na Rede de Urgência de custeio em forma de incentivo é cento e quarenta e sete milhões, seiscentos e vinte e oito mil e dois milhões de investimentos em capital. Isso até com a possibilidade de ser revisto dependendo da receita em relação aos investimentos em capital. No Mãe Paranaense, nos cento e treze milhões que estão projetados para 2017, estão todos os incentivos, o EQP - Estratégia de Qualificação do Parto, o incentivo do HOSPSUS e todos os outros incentivos que compõem a Rede Mãe Paranaense [...] Em relação aos hospitais privados, [...] são recursos que são pagos mediante produção de serviços que são apresentados mensalmente dentro da programação que cada um dos prestadores compõe em relação ao teto estadual daqueles que estão na gestão da Secretaria de Estado da Saúde. A Constituição veta qualquer forma de repasse na forma de incentivo para hospitais privados e o Paraná tem uma característica importante, e isto foi construído ao longo de sua história, 80% da produção hospitalar e ambulatorial são de hospitais filantrópicos e hospitais privados. Agora, os hospitais públicos estão evoluindo no sentido que estão ampliando serviços e já tendem que haja um avanço nos gastos de custeio com os hospitais públicos (PARANÁ, 2016c, p. 09).

Nessa fala foi repassado algumas informações sobre o orçamento do HOSPSUS e reafirmado a importância que tem a atuação dos hospitais

privados e filantrópicos. O conselheiro afirma dessa forma que esse setor privado cresceu e é atuante com “80% da produção hospitalar e ambulatorial” e que os hospitais públicos também vão começar a evoluir. Podemos supor dessa forma que esse setor possui tamanha capacidade é porque teve investimentos, incentivos financeiros e talvez até mais prioridade que o setor público.

Destaca-se nos extratos das atas acima apresentados sobre os filantrópicos: uma fala de um representante do setor e duas falas de representantes de gestores públicos. Tais falas ressaltam a importância dos serviços do setor filantrópico, consideram suas dificuldades de financiamento, mas não se relacionam com as demandas públicas, as necessidades coletivas de saúde e as prioridades do Plano Estadual de Saúde. Não se observou comentários do segmento de usuários e dos trabalhadores da saúde quanto o tema dos serviços dos hospitais filantrópicos.

O silêncio e poucas manifestações no do setor filantrópico no CES/PR pode ser compreendido. Supõe-se que o setor não utiliza o CES enquanto espaço de luta por suas demandas. Utiliza outra estratégia, espaços não públicos, e com mais eficiência para seus objetivos. Supomos que seus lugares de fala e de negociação não são no CES, mas reuniões particulares com secretários de saúde, ministros, governadores, senadores e deputados. Os meios de comunicação também evidenciam que entre seus locais de negociação também são, jantares, eventos culturais e de lazer com autoridades políticas e gestores que podem atender suas demandas. Tal situação pode ser ilustrada na reportagem da revista “Voz da Saúde” que mostra o encontro entre a FEMIPA e o Secretário Estadual da saúde do Paraná Michele Caputo Neto já é uma tradição anual (2016).

Em encontro recente com o secretário de Estado da Saúde, Michele Caputo Neto, o presidente da Femipa, Flaviano Feu Ventrorm, **apresentou uma pauta de demandas do segmento**. Entre os principais pontos discutidos esteve a proposta de transformar o Programa **HospSUS** em uma política de Estado. O projeto, que havia sido anunciado pelo secretário em março do ano passado, teve que esperar por conta da necessidade de um trâmite burocrático. Foi preciso criar uma Lei para colocar a filantropia como complementar. Lei essa aprovada na Assembleia Legislativa do Paraná (Alep) no fim de março, sancionada pelo

governador Beto Richa em abril, com a assinatura do decreto também em abril. Na reunião entre a Femipa e a Sesa, **Caputo Neto reafirmou o compromisso com a filantropia do Paraná e reforçou que o projeto de Lei com relação ao HospSUS deve ser enviado à Alep no segundo semestre deste ano** (VOZ DA SAÚDE, Nº97, 2017, p. 3).

O mesmo periódico cita ainda o Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do SUS no Paraná - HOSPSUS que o governo estadual lançou, em 2011. Afirma que modificou a lógica da relação entre o Estado e os hospitais públicos e filantrópicos que prestam serviços pelo SUS. Os recursos do programa vêm do Tesouro do Estado. Desde que foi lançado, segundo o secretário de Estado da Saúde, Michele Caputo Neto, foram investidos R\$ 262 milhões para custeio e R\$ 119 milhões em obras e equipamentos, agregando em torno de 255 hospitais nas três fases: Fase 1 – Urgência e emergência; Fase 2 – Qualificação do parto; e Fase 3 – Hospitais de pequeno porte (VOZ DA SAÚDE, 2016, p. 3). Na mesma matéria, é afirmado que o encontro entre o presidente da Femipa e o Secretário já é uma tradição anual. E sobre os encontros com o Secretário de Saúde do Estado, Flaviano Feu Ventorim, presidente da Femipa afirma:

É assim que conseguimos alinhar as estratégias de ambos os lados e lutar para melhoria contínua dos processos. Agora, nossa expectativa está voltada ao projeto do HospSUS e deixamos claro ao secretário que todos os filantrópicos do Estado vão mobilizar sua base política para garantir que o projeto seja aprovado. Este programa é, hoje, uma forma de custeio extremamente importante, que **veio cobrir lacunas que ficaram no passado por conta da falta de reajuste e do corte de incentivos, e precisamos garantir que não perderemos isso** (VOZ DA SAÚDE, Nº97, 2017, p. 3)

Estes fatos nos dão indicativos de que a estratégia do setor filantrópico para colocar suas demandas aos gestores do SUS vai muito além do debate democrático no CES. Talvez por isso quase não se pronunciam nas reuniões no conselho e quase não expõem suas demandas, porque o CES um espaço em que os diferentes segmentos sociais apresentam e solicitam atenção as suas demandas.

A expectativa dos hospitais filantrópicos e santas casas do Paraná era em 2016 que o Programa virasse uma política de Estado, essa notícia

foi anunciada por Michele Caputo Neto (Secretário Estadual de Saúde) durante o jantar em comemoração aos 30 anos da Femipa, em março de 2016.

O secretário de Estado da Saúde, Michele Caputo Neto, anunciou, durante o **jantar** em comemoração aos 30 anos da Femipa, que vai batalhar para transformar o HospSUS em uma política de Estado. De acordo com o secretário, o programa ofereceu qualificação às instituições de Saúde e proporcionou investimentos em custeio, capital, obras e equipamentos, entre outros (...) “Essa ação do HospSUS é uma prova disso. Agora, precisamos ainda mais do apoio da Femipa para somar nessa luta. Assim que o texto estiver preparado, vamos submetê-lo à Federação para que nos ajude a construir o projeto. Depois, pedimos que todas as instituições filantrópicas nos ajudem a garimpar apoio para que o projeto seja aprovado”, convoca o secretário. (Voz da Saúde, p. 3, março/abril de 2016).

Essas citações demonstram que as demandas junto ao gestor estadual foram sendo institucionalizadas sem passar pelo debate do Conselho Estadual de Saúde, por meio da Lei Estadual nº 18.777 de 11 de maio de 2016 que dispõe sobre a concessão de subvenções sociais pelo Estado do Paraná aos hospitais públicos ou privados filantrópicos sem fins lucrativos (PARANÁ, 2016). Em 2017 foi aprovada a Lei Estadual nº 18.976 (PARANÁ, 2017) que estabelece normas sobre a participação complementar da iniciativa privada no SUS no âmbito do Estado do Paraná, que foi regulamentada pelo Decreto nº 7.265/2017 e pela Resolução SESA nº 402/2017. Portanto é evidente o vínculo dos gestores ou candidatos com o setor filantrópico.

No Paraná, em 2018 a governadora e candidata derrotada, Cida Borghetti, durante o encontro com representantes da Federação das Santas Casas de Misericórdia (FEMIPA), pretendia transformar o Programa HospSUS em política de estado, para reforçar os serviços prestados pelas Santas Casas e os hospitais filantrópicos (ESTECHE, 2018).

Entretanto, Cida Borghetti, enquanto governadora e candidata derrotada, aprovou 3 meses após esse encontro FEMIPA, a Lei Estadual nº 19.766 em 17 de dezembro de 2018, regulamentada pelo decreto nº 053/2019 em 07/01/2019. Esse decreto aprovou um contingenciamento de 20% dos recursos do orçamento do poder Executivo do Estado. No

caso da Universidade Estadual de Londrina e do HU a medida representa o contingenciamento de R\$ 127,9 milhões da previsão inicial. Na UEM (Universidade Estadual de Maringá), o corte será ainda maior que na UEL. Serão R\$ 129 milhões de contingenciamento. Na UEPG (Universidade Estadual de Ponta Grossa), serão R\$ 67,8 milhões, e na UENP (Universidade Estadual do Norte do Paraná), R\$ 17,9 milhões. No caso dos hospitais universitários, a contenção é de R\$ 157 milhões. A unidade com maior contingência é o Hospital Universitário de Londrina, R\$ 69,1 milhões - R\$ 13,5 milhões pela Seti e R\$ 55,5 milhões pela Secretaria Estadual de Saúde (DIRCEU, 2019).

O reitor explica que uma parte da folha de pagamento e de alguns serviços e valores de custeio está dentro da Seti (Secretaria de Ciência e Tecnologia) e outra parte, no Funsauúde (Fundo Estadual de Saúde do Paraná), que teve bloqueio de mais de R\$ 55 milhões. "Se juntarmos os recursos Funsauúde com os da Seti temos contingenciamento de R\$ 180 milhões. E o orçamento geral da UEL com a Seti é de R\$ 624 milhões, quando acrescentamos o Funsauúde, o valor passa de R\$ 900 milhões", analisa (CIRCHIA, 2019).

Ou seja, é possível observar uma clara preferência ao setor filantrópico em detrimento do setor público. Nossa pesquisa nesse sentido aponta para alguns fatos. O primeiro deles é que esse setor no Paraná não utiliza o CES como principal espaço de negociação de suas demandas. Seu silêncio nas reuniões e poucas manifestações nas atas revelam que aquele espaço é apenas uma participação institucionalizada, a grande participação política é realizada parece se realizar em espaço não públicos, pois negociam diretamente com deputados, senadores, secretários de saúde, governadores e ministros de Saúde. As suas demandas que quase não aparecem nas atas, são elencadas e mencionadas em suas revistas, entrevistas e mídias sociais próprias.

Outra fala importante que expressa a ideia e direção política do setor filantrópico do presidente da FEMIPA Flaviano Feu Venterim:

A Femipa é uma Federação, mas tem que ser gerida como **uma empresa**, com metas que devem ser compartilhadas com os hospitais afiliados para que possamos saber o que seremos e onde estaremos daqui a três anos (...) Precisamos trabalhar junto **a deputados estaduais e federais** para que as Leis que estão sendo discutidas não tenham impacto negativo nos hospitais. Isso é fundamental para a

nossa sobrevivência. Esperamos organizar um novo **café da manhã** em Brasília (DF) com a bancada federal paranaense, como já foi feito no ano passado, e vamos intensificar o trabalho também com a Assembleia Legislativa do Paraná. (VOZ DA SAÚDE, p. 3, março/abril de 2016. Grifo nosso).

Essa citação reafirma nossas considerações, de que o setor filantrópico está muito mais alinhado aos interesses do setor privado do que do setor público, assim ocupam os espaço estratégico do CES, tomam conhecimento dos debates e pautas dos demais segmentos e dos gestores.

3.2 CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE SANTA CATARINA

O Conselho Estadual de Saúde de Santa Catarina (CES/SC) foi criado através da Lei 9.120, de 18 de junho de 1993 (SANTA CATARINA, 1993), com um total de 20 conselheiros titulares. Em 15 de dezembro de 1998, o Conselho passou por algumas alterações por conta da Lei 10.982 (SANTA CATARINA, 1998), dentre elas, o aumento da representação de 20 para 32 conselheiros titulares. Com a Lei 16.535/14 (SANTA CATARINA, 2014), o CES/SC passou a eleger a sua Presidência e Vice-Presidência. Sua composição em 2016 estava dividida entre 32 conselheiros, sendo 05 são do governo, 03 dos prestadores de serviço (privados), 08 dos profissionais de saúde e 16 conselheiros representantes dos usuários. A Mesa Diretora é trocada a cada 4 anos conforme estabelecido em regimento interno.

O Setor filantrópico em 2016 foi representado no CES/SC por duas entidades, a Associação dos Hospitais do Estado de Santa Catarina - AHESC, cujo conselheiro titular foi Canísio Isidoro Winkelmann e seu suplente Pedro Cezar Peliser e Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de Santa Catarina - FEHOESC, cujo conselheiro titular foi Hilário Dalmann e seu suplente Francieli dos Santos, que no meio do ano foi substituída por Braz Vieira (SANTA CATARINA, 2016).

Ao todo ocorreram 09 reuniões do CES/SC em 2016. Os representantes do setor filantrópico se manifestaram em 3 atas, mas se destacam apenas 2 falas, já que a terceira não foi assunto relativo ao setor filantrópico. Segundo o registro das atas não se manifestaram nas demais. As atas do CES/SC possuem um item que consta a lista de documentos recebidos e expedidos, enquanto que o CES/PR não disponibiliza esse item.

A primeira fala a se destacar foi na 215ª reunião em 04/05/2016. Foi do prestador Canísio Isidoro Winkelmann, representante da AHESC. No momento da fala estava se iniciando a discussão acerca da minuta de resolução – repasse de recursos do estado para convênios via fundos municipais de saúde, (proposta do conselheiro Bernard Van de Meene – representante dos usuários).

[...] apesar das normas legais vigente, o **repassa fundo a fundo** acaba tornando-se um caixa das prefeituras e os prestadores de serviços ficam torcendo para receber o recurso ou parte dele. Segundo o Conselheiro, o Ministério da Saúde não pratica transferência fundo a fundo, exceto recursos orçamentários, e que as transferências de outros convênios são diretamente com os prestadores de serviços. Informou que no Estado, através do SIGEF (Sistema de Gestão Financeira), qualquer recurso é transferido para uma entidade. Ressaltou que o Conselho **deva estudar mais aprofundadamente o assunto, antes de se posicionar**. Sugeriu que essa Minuta de Resolução seja encaminhada à Comissão Permanente pelo Cumprimento dos Princípios Éticos e Legislação para analisar os vários textos legais e ver a eficácia desta Resolução (SANTA CATARINA, 2016, p.).

A segunda manifestação Bras Vieira, representante da FEHOESC e deu na mesma reunião, 215ª em 04/05/2016, ainda sobre os repasses fundo a fundo. O conselheiro “ratificou a fala do Conselheiro Canísio Isidoro Winkelmann e acrescentou que o tempo é muito longo entre a saída do recurso do fundo até o repasse aos prestadores de serviço. Segundo o Conselheiro, essa Resolução pode causar ainda mais dificuldades neste processo” (SANTA CATARINA, 2016, P. 4).

Conforme o art. 4ª do Regimento Interno do CES/SC, compete ao conselho “IX - Aprovar e avaliar as aplicações e resultados do Fundo Estadual de Saúde” (SANTA CATARINA, 2016, p. 4). Portanto a questão é que sendo repasses fundo a fundo o Conselho Estadual e o Tribunal de Contas podem fiscalizar os repasses de forma mais incisiva. Embora os conselhos também possam fiscalizar os contratos, na modalidade “direta” por convênios, seria mais difícil de acontecer. Pois, os contratos seriam discutidos de forma individual no conselho, um por um, já no fundo a fundo, essas informações ficam reunidas. As entidades filantrópicas solicitam insistentemente mais agilidade nos repasses de recursos, que no caso se daria com o repasse direto. O setor alega que

demorariam mais para receber os recursos no sistema fundo a fundo e seria uma burocracia a mais. Pensamos que o repasse direto pode causar o distanciamento do debate sobre fiscalização dentro dos conselhos e portanto talvez mais antidemocráticos.

Nessa reunião ficou decidido que a proposta sobre os repasses fundo a fundo seria encaminhada a Comissão Permanente pelo Cumprimento dos Princípios Éticos e Legislação. Foi adiada a discussão nas outras reuniões e no ano de 2016 o tema não voltou em nenhuma reunião.

As notícias da FEHOESC evidenciam a busca de outros canais de negociação das demandas do setor, nesse caso com o setor legislativo:

No café da manhã com deputados, promovido pela Associação e Federação dos Hospitais e pela Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do Estado, mais do que queijo, presunto e pão de queijo, a isenção do ICMS sobre os serviços públicos e o reajuste do incentivo do governo estadual estiveram à mesa. Mais uma vez o assunto reajuste da tabela do SUS, além da análise da PEC sugerida para que a devolução espontânea dos recursos do Legislativo, Judiciário, Ministério Público e Tribunal de Contas ao Executivo seja repassada às instituições, foram debatidas junto com a ideia de instituir um programa Juro Zero aos hospitais filantrópicos com o apoio da Frente Parlamentar em Defesa da Saúde. (AZEVEDO, 2015)

A citação acima embora de 2015 ilustra que o setor filantrópico prefere negociar suas demandas em cafés da manhã, almoços, jantares, eventos e em reuniões fechadas com representantes governamentais.

Também em 2015, a dívida dos hospitais filantrópicos em Santa Catarina junto à CELESC, ultrapassava os R\$ 40 milhões de reais e depois de mais de um ano de negociações, as entidades hospitalares – AHESC-FEHOESC e FEHOSC, firmaram um acordo com a empresa para o parcelamento dos débitos. As unidades hospitalares conseguiram negociar os atrasados em 20 anos, com isenção de multas e juros, cabendo apenas aos hospitais pagar a correção monetária (FEHOSC, 2015).

Em Santa Catarina a negociação do setor filantrópico com o legislativo estadual são frequentes conforme indicam os fatos a seguir mencionados. As entidades filantrópicas reivindicam ainda a isenção na cobrança de ICMS na conta de energia elétrica, o que fez o deputado

catarinense do PPS, José Milton Schaeffer apresentar um projeto de lei em 2015¹². Nesse mesmo encontro o presidente da FEHOSC, Hilário Dalmann, considerando as dificuldades dos hospitais em pagar a conta de luz, “sugeriu que a bancada federal em Brasília busque junto à ANEEL, a cobrança de uma tarifa diferenciada, como já acontece com o segmento rural e consumidores de baixa renda” (FEHOSC, 2015). Para dar agilidade a tal houve articulação da bancada estadual, por meio do Darci de Matos, com a federal via o presidente do Fórum Parlamentar catarinense em Brasília, deputado Mauro Mariani (FEHOSC, 2015).

As do setor filantrópico com o legislativo estadual permitiram em 2016 que fosse protocolado um projeto de lei pelo presidente da Assembleia Legislativa, deputado Gelson Merisio (PSD), para a criação de um Fundo Estadual de Apoio aos Hospitais Filantrópicos de Santa Catarina, Hemosc e Cepon, com as sobras de recursos anuais da Assembleia Legislativa, do Tribunal de Justiça, do Ministério Público e do Tribunal de Contas do Estado (AGÊNCIA AL, 2016). Tal demanda se transformou na Lei nº 17.191, de 11 de julho de 2017, 13 meses depois de o projeto ter sido protocolado (SANTA CATARINA, 2017).

Em agosto de 2016 a 38ª edição do Encontro Catarinense de Hospitais¹³, promovido pela AHESC e FEHOESC no Centro de convenções de Florianópolis (METAHOSPITALAR, 2016). O presidente da AHESC, Altamiro Bittencourt afirmou “Tantas vezes informamos que nossos hospitais têm recebido menos de 30% dos recursos disponíveis para fazer 70% do trabalho” e destacou o esforço de parlamentares ao

¹² Esta reivindicação do setor filantrópico tem articulação nacional, mas as negociações caminham de forma diferente em cada unidade da federação. Ver: GI MT. Estado isenta ICMS de energia de 11 unidades de saúde filantrópicas de MT. Em 30/03/2017. Disponível em <http://g1.globo.com/mato-grosso/noticia/2017/03/estado-isenta-icms-de-energia-de-11-unidades-de-saude-filantrópicas-de-mt.html> Acesso em 25 fev. 2019.

¹³ Estavam presentes no evento Altamiro Bittencourt, secretário de estado da Saúde, João Paulo Kleinubing, presidente do Fórum Parlamentar em Defesa da Saúde Catarinense, o deputado estadual José Milton Scheffer, deputado estadual Antônio Aguiar (representando o presidente da Alesc), o presidente da ANS, José Carlos Abraão, Edson Rogatti, presidente da Confederação das Misericórdias do Brasil, o presidente da Federação Brasileira de Hospitais, Luiz Aramicy Bezzera Pinto, a deputada federal Carmen Zanotto, (representando o Fórum Parlamentar Catarinense), o conselheiro Wilson Wan Dall, (representando presidente TCE), e o presidente do Conselho Regional de Medicina, Dr. Antônio Sbissa. (METAHOSPITALAR, 2016)

aprovar a lei que cria o Fundo de Apoio aos Hospitais. Para o presidente da AHESC está lei:

Foi uma intervenção solitária e providencial da Assembleia Legislativa, os hospitais filantrópicos de Santa Catarina conseguiram um montante que quase, paga as dívidas acumuladas pelo governo do estado, mas é preciso um olhar mais atento por parte dos governos e principalmente o federal para que aplique mais recursos na saúde, possibilitando desta forma qualificar o atendimento à população (METAHOSPITALAR, 2016)

De igual modo ao legislativo o setor filantrópico também possui acesso facilitado com os gestores da política estadual de saúde. Em 18/10/2017, os presidentes da AHESC, Altamiro Bittencourt, da FEHOSC, Hilário Dalmann e o diretor-executivo da AHESC-FEHOESC, Braz Vieira, estiveram reunidos com o secretário da Saúde de Santa Catarina, Vicente Caropreso e com o presidente da Frente Parlamentar em Defesa da Saúde Catarinense, deputado José Milton Scheffer, além de gestores hospitalares, para tratar novamente sobre o atraso no repasse de recursos para o setor. A planilha apresentada mostrou débitos dos 19 maiores hospitais, que se acumula desde 2017, em aproximadamente 110 milhões de reais, referente ao Incentivo Hospitalar e Rede e Urgência e Emergência (FEHOSC, 2017a).

Em 24/10/2017 o Ministro da Saúde, Ricardo Barros, anunciou o repasse de R\$ 25 milhões do governo federal destinados aos hospitais filantrópicos de Santa Catarina. Em reunião com o governador Raimundo Colombo, secretário da Saúde, Vicente Caropreso e o Fórum Parlamentar Catarinense, em Brasília. A aplicação da verba se deu em resposta à mobilização das entidades AHESC-FEHOESC-FEHOSC na busca por recursos desde o início do ano. Até o início de 2018, outros R\$ 10 milhões serão repassados referentes a habilitação de novos serviços em diferentes unidades hospitalares de Santa Catarina. (FEHOSC, 2017b).

São várias as movimentações organizadas do setor filantrópico, deputados e gestores, para colocar suas demandas políticas e econômicas fora do espaço conselho, que é deliberativo da política estadual de saúde. O setor filantrópico possui aliados nessas instâncias de poder político de decisão administrativa e orçamentária, pois os relatos acima explicitam como estes sujeitos abraçam suas causas, defendem, levam a votação e transformam em projetos de lei. Esses movimentos do setor filantrópico

nos demonstram as razões pelas quais eles se manifestam/falas poucas vezes nas reuniões do CES/SC, embora quase sempre presentes.

É importante notar que esses hospitais filantrópicos são antes de tudo privados. Eles trabalham com atendimento particular e planos de saúde, são hospitais de duas portas de entrada, a particular e a SUS. Entretanto ao ser beneficiários de isenções, incentivos, descontos e entre outros o SUS acaba por financiar de forma indireta também seus atendimentos no âmbito privado.

Portanto consideramos que a pouca participação do setor filantrópico, com falas e colocações dentro dos CES/SC se assimila com as observações do CES/PR. Utilizam basicamente a mesma estratégia para atingir seus interesses, negociação direta com gestores públicos e parlamentares legislativos.

3.3 CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL

O Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (CES/RS) foi criado a partir da Lei 10.097, de 31 de janeiro de 1994 (RIO GRANDE DO SUL, 1994). Sua composição em 2016 estava dividida entre 38 entidades representativas dos 4 segmentos: 10 governamentais, 4 prestadores, 10 trabalhadores e 15 dos usuários (RIO GRANDE DO SUL, 2016a).

O Setor filantrópico é representado no CES/RS por duas entidades, a Federação das Santas Casas e Hospitais Beneficentes, Religiosos e Filantrópicos do Rio Grande do Sul - FEDERAÇÃOORS, tendo como conselheiros o representante Jairo Francisco Tessari e sua suplente Cristiane Paim e pela Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Saúde do Rio Grande do Sul - FEHOSUL e Associação dos Hospitais do RS - AHRGS, que possuíam como conselheiros Alcides Pozzobom e sua suplente Shirei Frigo Gazane. As eleições para a direção da Mesa Diretora é realizada a cada 2 anos conforme estabelecido em regimento interno. Jairo Tessari compôs a mesa diretora no ano da pesquisa (RIO GRANDE DO SUL, 2016b).

A Federação das Santas Casas e Hospitais Beneficentes, Religiosos e Filantrópicos do Rio Grande do Sul, surgiu em 1987 e é uma entidade sindical que representa 269 Santas Casas e Hospitais Filantrópicos gaúchos (FEDERAÇÃOORS).

A FEHOSUL, surgiu em 9 de março de 1989 e conforme cartilha da própria entidade, é a representante dos interesses do setor e “da cadeia produtiva da saúde no RS”, constituída por 11 sindicatos filiados, os quais apresentam base territorial que abrange todo o Rio Grande do Sul, sendo que a entidade também é filiada da Confederação Nacional de Saúde

(CNS), que é a entidade maior de representação sindical patronal da saúde nacional (FEHOSUL, 2017, p.2).

Das 18 reuniões do CES/RS que ocorreram em 2016 essa pesquisa analisou 16¹⁴ atas. Em aspectos gerais eram atas com média de 4 páginas, algumas com 2 e outras com 6. Os assuntos tratados nas reuniões eram citados, embora não muito aprofundados, as falas dos conselheiros foram descritas de forma resumidas e não de forma transcrita. Constavam as falas e assuntos debatidos, inclusive em algumas atas constavam resultados de votações (como cada representante votou), mas em aspectos gerais bem resumidas.

Houve manifestações dos representantes do setor filantrópico em forma de falas em 8 atas, sendo que 5 se referiam a assuntos específicos do setor. Houve também nas atas referentes às 13^o e 14^o reuniões, suas manifestações a partir de seus votos em relação aos pontos de pauta. Houve também 3 outras falas importantes de representantes de outras entidades que se referiram a questões do setor filantrópico. Considerando assim esse conjunto de manifestações importantes, serão expostas nossas reflexões.

A primeira manifestação foi na 1^a ata de reunião de 18/02/2016. Jairo Tessari, representante da FEDERAÇÃO RS realizou sua fala após uma apresentação que houve dos novos conselheiros. No contexto da fala ainda não se discutia nenhum ponto de pauta específico.

Inicia falando que dificuldades foram anunciadas e serão pronunciadas nos próximos meses, pois eles trabalham com **hospitais filantrópicos, e não sabem o que farão quando chegar no mês de Abril**, pois **não terão nada** para oferecer aos servidores deles. Ele diz que trabalham com uma tabela do sistema único de saúde e que ela

¹⁴ Até novembro de 2018 só estavam disponíveis as atas de 6 plenárias, após contato telefônico e por e-mail com o CES/RS, Aline Thiemi dos Santos, assistente em Saúde, informou que o Assessor de Comunicação do CES/RS estaria providenciando a publicação das atas das plenárias de 2016 no site. Em 24/01/2019 estavam disponíveis 15 atas das 18 plenárias realizadas em 2016. Faltavam as atas das plenárias 7^o, 15^o e 17^o. O CES/RS alegou falta de funcionários sobre a demora para disponibilizar as atas, mas mesmo assim ainda não foram disponibilizadas as atas das 7^a, 15^a e 17^a reunião ordinária do CES/RS 2016. Em 06/03/2019 foi verificado que houve a publicação da 15^o ata de 2016, estando disponíveis no site 16 atas. Disponível em <<http://www.ces.rs.gov.br/conteudo/784/Atas-das-Plenarias>>.

encontra-se defasada, segue falando que o Rio Grande do Sul tem contratos de 80 milhões reais por mês para os prestadores, **e recebe 60 milhões reais ao mês do ministério da saúde, isso implica dizer que a cada mês, eles recebem 70% do serviço que eles estão prestando ao SUS**, se adaptando a trabalhar com dificuldades. Pronunciando que o ministério da saúde teria que ter a solidariedade para repor estes valores ao Rio Grande do Sul, no pronunciamento final Jairo disse que a situação é um problema de todos os Estados, e não só do Rio Grande do Sul, que se origina de uma falha do sistema único de saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2016b, p 1. Grifo nosso.).

O representante Jairo fala que “não sabem o que farão quando chegar no mês de Abril, pois não terão nada para oferecer aos servidores deles” significa dizer que as entidades a qual Jairo representa, não irão realizar os pagamentos de salários de funcionários, apresenta inclusive um certo tom de ameaça, ou seja, se isso não mudar, se não aumentar o repasse, não iremos pagar nossos funcionários e a culpa será do SUS. Vemos frequentemente que essas situações são comuns a entidades do setor filantrópico, que ao não realizar ou atrasar os pagamentos de salários produzem insegurança aos funcionários e tem rebatimentos diretos no atendimento da população. Essa situação causa algumas vezes paralisações e greves dos funcionários, que obviamente estão dentro de seus direitos, mas que, afeta a população que fica sem atendimento. A grande questão aqui é: Como evitar essa situação? Existe um culpado? Esse culpado é o governo? Essa situação “se origina de uma falha do SUS”?

Jairo Tessari apresenta também a ideia de que o setor filantrópico trabalha com menos recursos do que o necessário, de que a tabela de pagamentos do SUS está desatualizada, de que vão fechar as portas em tom de ameaça dado a “calamidade” em que as instituições vivem.

Entretanto um hospital filantrópico não é financiado com 100% de recursos SUS, pois, não atende 100% de SUS. Eles são primeiramente privados.

A questão que percorre este trabalho e vem à tona aqui é: o setor filantrópico representa um modelo de gestão do SUS baseado na parceria e contratos/convênios para ser complementar. Esse modelo se baseia na ideia do SUS comprar serviços, é a tercerização da prestação de serviços. E sendo assim é esse modelo garantidor do direito à saúde? Ele realmente colabora para que o SUS se fortaleça e se expanda? Ele vai ao encontro

aos princípios do SUS? Quando uma população inteira depende dos serviços de um hospital filantrópico e o mesmo tem seu contrato rompido ou encerrado, como fica a população, isso é direito a saúde? Que garantia e segurança essa população recebe? Isso que nem estamos discutindo aqui a qualidade desses serviços.

A segunda manifestação foi na 3ª ata da reunião de 17/03/2016, na ata consta que Jairo Tessari, representante da FEDERAÇÃOORS “faz um breve relato sobre a criação do Funafir” (RIO GRANDE DO SUL, 2016b, p 2. 3ª Plenária). Ocorre que esse relato que ele fez não consta em ata, só consta essa afirmação, não sabemos como ele se referiu ao FUNAFIR, mas cabe ressaltar que é um Fundo de Apoio Financeiro e de Recuperação dos Hospitais Privados, sem fins lucrativos, e Hospitais Públicos, foi criado pela Lei nº 11.366 de 1999 e alterado posteriormente pela Lei nº 11.953, de 2003.

A terceira manifestação foi na 4ª reunião em 31/03/2016. Após ser realizada uma apresentação sobre a Atenção Básica no Estado do Rio Grande do Sul. Jairo Tessari (FEDERAÇÃOORS) comentou sobre a fala do Coordenador da Atenção Básica.

diz que Thiago o convenceu perfeitamente com seus argumentos referentes ao perfil dos Agentes de Saúde, e fala sobre a questão das internações e clínicas de atenção básica e questiona se dividindo as internações clínicas todas elas seriam suscetíveis para a atenção básica ou só algumas. Ele complementa dizendo que o **SUS é o plano de saúde pioneiro em pagar por pacote**, e dá o exemplo que se foi pedido para o Doutor fazer um procedimento mais caro, automaticamente ele receberá mais por isso, pois o serviço hospitalar e o serviço profissional são proporcionais. (RIO GRANDE DO SUL, 2016c, p 1. Grifo nosso.).

Jairo Tessari afirma que o SUS “é o plano de saúde pioneiro”, mas esquece que o SUS não é apenas um contratante de serviços, ele é ou deveria ser um sistema único de saúde do Brasil. O SUS não é um modelo de plano de saúde, nem de planos populares.

A quarta manifestação, deu-se em seguida a esse comentário, ainda na 4ª ata, Ana Valls representante da Associação Gaúcha de Proteção ao Ambiente Natural – AGAPAN tece uma manifestação nesse sentido.

Ana Valls pergunta qual o controle que existe da secretaria sobre **a terceirização de serviço da Atenção Básica nos Municípios** e diz que já foi

encaminhado para a Secretaria de Saúde este questionamento a partir do Município de Farroupilha que tem como executor da Atenção Básica, e que provavelmente o resto dos serviços do Município na área de saúde, a Associação Farroupilhense Pró-Saúde. Diz estar preocupada, pois pela portaria nº 2488 do Ministério da Saúde a execução da **Atenção Básica é de obrigação do ente público Municipal**, e sabem que está se espalhando pelo Estado do Rio Grande do Sul e provavelmente em outros Estados do Brasil essa situação da terceirização, e talvez esta questão esteja relacionada com a diminuição da necessidade de atingir os hospitais, que no **Estado do RS em torno de 85% são privados e atendem todo o sistema do SUS, e o Estado do RS é o Estado que tem a inversão de valores, sendo eles privado (principal) e o público (complementar)**. Diz, ainda, ser o único Estado do Brasil que é assim e segundo o Ministério Público na Assembleia Legislativa seriam o único que inverteu acima de 50%. Pergunta quais outros Municípios estão se arvorando a receber esse dinheiro e transformar em formação de entidade privada para executar atenção básica em seus Municípios (RIO GRANDE DO SUL, 2016c, p 1. Grifo nosso.).

Portanto um pouco como resposta a fala de Jairo, temos o posicionamento de Ana Valls, que mesmo não sendo fala de um representante do setor filantrópico demonstra uma perspectiva crítica ao posicionamento do setor filantrópico. Ana Valls se coloca contra essa expansão da terceirização dos serviços de saúde em seu Estado. Ela percebe e aponta a inversão na prestação de serviços que existe no Estado.

A Constituição Federal coloca o setor filantrópico enquanto complementar ao SUS, mas a partir do momento que esse setor representa 85% dos atendimentos SUS na área hospitalar temos o público como complementar.

A quinta manifestação foi na 5ª ata em 14/04/2016, quando João de Deus Pawlak, representante da Federação Riograndense de Associações Comunitárias e Moradores de Bairros – FRACAB, afirmou que “70% do orçamento do Estado está sendo direcionado para os hospitais filantrópicos em vez de ser repassado para a atenção básica [...] o município de Farroupilha foi o primeiro a privatizar a saúde no Rio Grande do Sul (RIO GRANDE DO SUL, 2016d, p 1.)” Interessante

manifestação mesmo não sendo do setor filantrópico, pois indica um senso crítico de enxergar que a participação do setor filantrópico no estado tem sido preferida em detrimento do setor público.

A sexta manifestação foi na 6ª ata de 28/04/2016, realizada pelo conselheiro Jairo Tessari (FEDERAÇÃO). No contexto de sua fala estava sendo debatido na reunião a elaboração da moção de repúdio ao Golpe e ao impeachment de presidente Dilma Rousseff, entendendo que haveria sérios rebatimentos negativos ao SUS.

(...) comenta a **crise sem precedentes que acontece nos Hospitais Filantrópicos** do Estado do Rio Grande do Sul. De acordo com ele, estão recebendo menos da metade dos recursos que foram contratados, ele afirma que os médicos do Estado seguirão o modelo do Hospital de Três Passos, se a situação continuar desta forma. Jairo diz que a sua entidade já enviou uma carta para a Casal Civil avisando do problema e diz que o Estado não pode alegar surpresa, caso o problema se intensifique. (RIO GRANDE DO SUL, 2016d, p 2.).

Novamente temos uma manifestação de Jairo alegando a crise no setor, a falta de recursos, a falta de recebimento dos serviços contratados, e também o tom de ameaça, caso isso não seja resolvido aquilo ocorrerá.

Não encontramos nas 13ª, 14ª e 15ª ata nenhuma fala específica do setor filantrópico, mas nessas atas consta como cada segmento votou frente a alguns pontos de pauta.

Na 13ª reunião estava sendo debatido e avaliado o Relatório Anual de Saúde - RAG de 2014. A votação consistia em duas propostas, sendo a primeira sobre concordar em manter os considerandos, ou seja, aprovar a resolução da maneira que se encontrava, e aprová-la mesmo constando dados errados (não indica quais era os dados incorretos que permaneceram no documento), já a segunda constava em retirar os considerandos que dizem respeito a metodologia de apresentação do RAG. Eles abriram votação, o setor filantrópico votou contra, logo após foi aberto a votação para a “aprovação formal da minuta da resolução” e nessa segunda votação o setor filantrópico se absteve. A RAG 2014 foi aprovada com 15 votos.

Na 14ª reunião foram votadas duas propostas de moção de repúdio. A primeira encaminhada pelo SINDSEPE, referente ao projeto de Lei

Estadual nº181 de 2016¹⁵, na qual estava correndo em caráter de urgência na câmara legislativa. O setor filantrópico se absteve, mas a moção foi aprovada com 14 votos a favor e 7 contrários. A segunda moção de repúdio diz respeito a intenção de extinção das 26 regionais do DATASUS, em todos os estados do país, o setor filantrópico votou favorável compondo assim os 22 votos a favor.

Na 15ª reunião foi realizada a votação da proposta de não aprovação do RAG 2015 em função de não possuir o cumprimento dos 12% do orçamento para a saúde. A resolução foi aprovada pela maioria, com 20 votos favoráveis, a FEHOSUL-AHRGS foram contrários e a FEDERAÇÃOORS se absteve.

A sétima manifestação foi na 9ª reunião de 04/07/2016, Jairo Tessari, representante da FEDERAÇÃOORS “Cita vários eventos que acontecerão no mês de agosto, **contra a paralisação de trabalhos e serviços**, onde quem sofrerá as consequências é a população, que não tem envolvimento nenhum nisso (p. 1)”. No momento de sua fala estava sendo debatido os relatos das comissões,

Embora não conste em ata sobre quais paralisações Jairo se refere especificadamente, ele afirma que quem vai sofrer as consequências será a população. Acreditamos ser eventos de paralisação, dos hospitais filantrópicos, que a época acusavam passar por dificuldades financeiras e atrasos no repasse dos recursos pelo governo estadual. Em dezembro do mesmo ano, os Funcionários da Santa Casa de Uruguaiana-RS entraram em greve por falta de pagamento de seus salários. O administrador da Santa Casa, Geovane Cravo, afirmou que o estado devia cerca de R\$ 1,6 milhão em repasses atrasados, De acordo com a assessoria de imprensa da Secretaria de Saúde, o valor questionado pela Santa Casa, R\$ 1,6 milhão, não encontra respaldo legal, pois corresponde a um período onde não havia contrato em vigor entre a Secretaria e a instituição. Ficou decidido, a abertura de um processo administrativo para a Santa Casa comprovar os serviços e atendimentos prestados naquele período. (G1, 2016)

¹⁵ Cria o Programa de Aproveitamento e Gestão dos Imóveis no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul, autorizando o Poder Executivo a alienar bens imóveis de sua propriedade, das autarquias e das fundações por meio de leilão, permuta por outros imóveis públicos ou particulares, bem como por permuta por área construída e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.al.rs.gov.br/legislativo/ExibeProposicao/tabid/325/SiglaTipo/PL/NroProposicao/181/AnoProposicao/2016/Origem/Px/Default.aspx>>. Acesso em 16 de mar. de 2019.

A oitava e última manifestação também na 9ª reunião em 04/07, na qual Carlos Corrêa Martins, representante da A Federação Riograndense de Associações Comunitárias e Moradores de Bairros - FRACAB, citou “a imensa preocupação com o fato dos fechamentos dos hospitais e as demissões dos trabalhadores de saúde. Aonde enfatiza a falta de verba, que até o governo tem mandado os salários parcelados” (RIO GRANDE DO SUL, 2016d, p 2.).

Nesse sentido, a primeira observação sobre as falas e expressões do setor filantrópico nas atas das reuniões no estado, foi que todas as falas foram realizadas por apenas um representante do setor, Jairo Tessari. O setor compôs no ano estudado, a mesa diretoria do CES, o que demonstra sua participação estratégica.

Não foi observada nenhuma fala do setor filantrópico que menciona as certificações CEBAS. Entretanto em 2016 o Ministério da Saúde concedeu o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), na área de saúde, a 43 Santas Casas e Hospitais Filantrópicos distribuídos em 10 estados brasileiros no mês de agosto. No Rio Grande do Sul, dez municípios foram contemplados com a certificação (FRASÃO, 2016).

Em 2018, o estado do Rio Grande do Sul recebeu um reforço na assistência à saúde, na ordem de R\$ 102,4 milhões. O Hospital de Tramandaí e o Instituto do Coração de Porto Alegre, ambos filantrópicos, receberam R\$ 1 milhão, em parcela única.

Por ser uma instituição filantrópica e por estar dentro dos padrões de qualidade e atendimentos previstos na legislação do SUS, o Hospital São Lucas possui o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social na área de saúde (CEBAS), o que dá isenção fiscal e traz menos burocracia para negociar convênios e recursos com o Poder Público. O hospital recebe ainda R\$ 14,9 milhões por ano de Incentivo à Adesão à Contratualização ao SUS e R\$ 13,1 milhões anuais por fazer parte da Rede de Urgência e Emergência (FRASÃO, 2018)

Esses tipos de ações, programas e incentivos são realizados na forma de “reforços” dessas instituições, estão fora dos contratos tradicionais, as entidades beneficiadas já possuem o CEBAS e seus benefícios. A grande questão aqui, é que geralmente possuem a seu favor as mídias, os representantes governamentais, gestores,

legisladores, e esse arcabouço coloca a opinião pública a seu favor. Dessa forma não ficam dependentes exclusivamente do Conselho Estadual para conseguirem aprovação desse tipo de assistência, a grande questão que se apresenta aqui é que utilizam de uma participação estratégica que as coloca em posições de tomada de decisões ou acesso muito fácil aos tomadores de decisões.

No site da FEDERAÇÃOORS eles oferecem e divulgam cursos diversos sobre os temas pertinentes ao setor. Um desses cursos oferecidos em 2019 foi o curso para elaborar emendas parlamentares, isso revela a proximidade que o setor tem com o legislativo e um pouco das estratégias que utilizam.

Com base nas informações contidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias, demonstraremos as oportunidades para inscrições de emendas individuais dos parlamentares do Congresso Nacional. Desta forma, os diretores Hospitalares, estarão aptos a identificar as oportunidades, gerando informações, conseqüentemente irão ao encontro dos parlamentares da sua rede de contato, para que este possa inscrever a entidade a receber os recursos das emendas parlamentares (FEDERAÇÃOORS, 2019a)

O Conteúdo Programático do curso que ocorreu em março de 2019 foi definido da seguinte forma: Analisando os repasses de Emendas Parlamentares para os Hospitais Filantrópicos do RS; Processo Orçamentário; Orçamento Impositivo; Articulação até efetivação; Formulação dos pedidos de acordo com Ministério da Saúde; Programas do Ministério da Saúde; O processo legislativo de emendas; Tipos e identificação de emendas; Dados específicos dos Parlamentares do RS ano 2018 e 2019; Custeio ou Investimento – Ministério da Saúde; Custeio: repasse pelo gestor; Trâmite para o repasse, como proceder; Investimento – importância do planejamento; Portaria 424/2016 – pontos polêmicos; Justificativa o projeto de acordo com as habilitações do Hospital; CNES, a importância da verificação dos dados; Minimizando as diligências ao Projeto; Transparência com o Parlamentar, Assessores, Comunidade (FEDERAÇÃOORS, 2019a).

Portanto, é possível perceber um nível enorme de organização e de conhecimentos e informações do setor. Eles sabem que suas demandas precisam ser aprovadas pelo poder legislativo, portanto seu caminho é compreender muito bem o processo orçamentário e o quais são os benefícios estabelecidos em lei, elaborar a partir daí uma emenda parlamentar que supra a necessidade do setor naquele momento, verificar

dados dos parlamentares, no caso do RS, quem são os parlamentares representantes e se articular com eles, fazer o pedido de acordo com o que está estabelecido dentro do Ministério da Saúde. Ou seja, dominam o processo desde planejamento, respaldo, justificativa, como conseguir, com quem, onde, e nesse sentido, embora participem ativamente do CES com presença física forte nas reuniões, a funcionalidade que foi pensada para o CES fica de lado, o seu objetivo deliberativo fica secundário, pois, quando alguma dessas situações chegam ao conselho já chegam em seu estágio final, prontas e acordadas entre gestores e setor filantrópico.

Outra situação que exemplifica é os encontros com representantes governamentais. A FEDERAÇÃO RS participou em 08/01/2019 da primeira reunião com a nova Secretária Estadual da Saúde, Arita Bergmann. Na pauta, o compromisso do Órgão e da Entidade foi de “manter o diálogo sempre aberto, para construir propostas à saúde do Rio Grande do Sul”. A Federação iria ainda participar de debates sobre a política de Hospitais de Pequeno Porte, revisão de contratos, entre outros. Sobre pagamentos, Arita destacou que haveria reunião com o Secretário da Fazenda, Marco Aurélio para definir calendário de pagamentos, tanto da competência atual, quanto das pendências que restaram do governo anterior. (FEDERAÇÃO RS, 2019b). Esse tipo de encontro é chamado pela FEDERAÇÃO RS de “articulação”. Esses tipos de articulações são reveladoras da proximidade deles com os gestores e legisladores, contato esse que vemos como um privilégio do setor, já que não vemos ocorrer tal articulação com o segmento dos usuários por exemplo.

DISCUSSÕES]

Essa investigação sobre a direção política da participação dos representantes do setor filantrópico nos CES, a partir da análise das atas das reuniões, nos colocaram vários desafios, ora teóricos, ora técnicos. Encontramos dificuldades em acessar dados sobre o tamanho do setor, sobre o número de hospitais na região sul do Brasil, sobre a natureza jurídica dos hospitais no Brasil, sobre a quantidade exata de contratos e CEBAS ativos, números de leitos SUS. Os dados nos portais de informações do Ministério da Saúde como o CNES e o DataSUS dispõem de ferramentas extremamente complexas, e de difícil acesso, já que demanda conhecimentos sobre sistemas de informações do SUS e montagem de tabela. Algumas informações foram obtidas solicitando através de *e-mail* a um setor de dados do Ministério da Saúde, que demorou meses para responder.

Essa dificuldade que encontramos em acessar os dados, mesmo com nível de pós-graduação é um empecilho enorme para a transparência e para a divulgação de informações que todo cidadão deveria ter acesso. Quando o acesso é dificultado o direito ao controle social também é. A página do CES/SC divulga o Sistemas de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde – SIACS, existe uma boa quantidade de dados disponíveis no sistema, entretanto alguns dados só podem ser acompanhados com a realização de cadastro. Entretanto, ao realizar o cadastro e solicitar informações referentes ao SIACS em 30/10/2018 tive o pedido negado. Não conseguimos portanto saber quais os tipos de informações constam nesse sistema, pois o pedido de acesso foi negado. No outro dia solicitei informações referentes ao Sistema de controle de acesso de conselheiros e o pedido ainda consta como pendente em 18/03/2019 conforme figura 2.

Figura 2 – Restrição no acesso ao Sistema de controle de acesso de conselheiros

Mostrar:	10	Filtro:							
Sigla	Sistema	Autorização	Perfil	Esfera	Descrição da Esfera	Data de Solicitação	Data de Autorização	Opção	
SIACS	Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde	Rejeitado	Conselho Estadual de Saúde	Esfera Estadual	BRASIL/SC - SANTA CATARINA	30/10/2018	01/11/2018	<input type="checkbox"/>	
SISAC	SISTEMA DE CONTROLE DE ACESSO DE CONSELHEIROS	Pendente	Consulta CNS	Esfera Ministério da Saúde		31/10/2018		<input type="checkbox"/>	

Mostrando 1 a 2 de 2 registro (s) Primeiro Anterior 1 Próximo Último

Fonte: *Print* do login de usuária no site:<
<http://aplicacao.saude.gov.br/siacs/login.jsf>>

Em relação a participação do setor filantrópico nos Conselhos Estaduais de Saúde da região sul do Brasil, conseguimos identificar uma tendência comum. Os representantes do setor filantrópico possuem forte presença física nas reuniões em todos os estados e participam compondo comissões, geralmente de orçamento. Entretanto o que se destacou foi justamente o tipo de relação que mantem com o poder público, principalmente com representantes da gestão pública e do poder legislativo. Essa relação não é construída apenas com a participação dentro dos CES, mas com articulações em diversos espaços. Os gestores (funcionários das secretárias estaduais, secretário estadual de saúde, governadores...) geralmente compartilham de um discurso bem próximo do que o setor filantrópico propaga e os legisladores, deputados e senadores, também se mostraram bastante simpáticos em defesa da permanência e expansão da atuação desse setor. Em outras palavras, quase como se tivessem de fato abraçado a causa do setor filantrópico. E embora o foco aqui não fosse apreender isso no aspecto nacional, surgiu ao longo da pesquisa essa hipótese de que exista uma tendência parecida no âmbito nacional, embora seja cedo para afirmar.

No Paraná e em Santa Catarina tivemos poucas falas comparado ao Rio Grande do Sul, mas o número de reuniões do ano de 2016 foi

menor. Nesse último estado, o setor filantrópico se manifestou mais, embora todas as manifestações realizadas pelo mesmo representante. No RS o setor filantrópico compôs a mesa diretora em 2016.

É uma participação estratégica, não é espontaneísta como muitas vezes parece ser a dos usuários e trabalhadores. Ao contrário desses dois segmentos usuários e trabalhadores que tem bastante dificuldade de dialogar com os parlamentares e gestores, os setor filantrópico parece ter as portas abertas.

Dos documentos das plenárias aqui apresentados, apenas uma fala de um usuário questionou o volume de recursos recebido pelo setor hospitalar filantrópico, destacando que quem sofre negligência é a atenção primária em saúde. Os gestores em geral, no Paraná como no Rio Grande do Sul, sustentam as falas dos representantes desse setor.

Outra apreciação a ser feita lá é de que os outros segmentos pouco dialogam ou questionam as demandas dos filantrópicos, houve apenas um questionamento de um usuário riograndense. Nas poucas manifestações do setor filantrópico extraídas das atas, percebemos que suas demandas encontram sintonia na fala dos gestores, mas notamos uma ausência de manifestação dos usuários e dos trabalhadores.

É uma atuação que “burlar” a participação nos CES na qual todos os seguimentos participariam dos debates, discussões e aprovariam ou não suas demandas. O setor filantrópico faz um caminho inverso, colocando-as diretamente junto a deputados, secretários e governadores, e depois quando já aprovada nessa instância de poder, chega ao conselho como algo já consolidado enquanto política governamental. Ou muitas vezes estas negociações nem chegam a ser pauta nas plenárias dos Conselhos.

Portanto não acreditamos que a direção política desse setor esteja de fato com uma atuação inclinada e comprometida com os princípios do SUS, nem que colabora para uma expansão do SUS numa perspectiva da reforma sanitária que defende um SUS 100% público, estatal, gratuito e de qualidade.

O ministro da Saúde em 2016, Ricardo Barros, disse em entrevista à BBC Brasil que pesquisadores que defendem um sistema universal de saúde - ou seja, que atenda todos os segmentos da população - "não são técnicos, nem especialistas, são ideólogos que tratam o assunto como se não existisse o limite orçamentário, como se fosse só o sonho" (SCHREIBER, 2016). Questionado se a medida não seria criticada por sanitaristas, que defendem uma melhora no sistema público, em vez de

um incentivo para que a população migre para saúde suplementar, ele rebateu. “Estou ministro da Saúde, não ministro do Sistema Único de Saúde. O SUS é uma boa parte do que fazemos, mas não é só”, (FORMENTI, 2016).

Esse posicionamento do Ministro expressa essa perspectiva privatista, que não compreende o SUS enquanto único, nem como, política pública estatal, não compreende a saúde como uma direito humano e coletivo, mas enquanto mais um serviço complementar.

O Empresário Elon Gomes de Almeida fez uma doação pessoal de R\$ 100 mil à campanha do ministro Ricardo Barros em 2014. Ele é presidente da Aliança, administradora de planos de saúde e registrada na ANS. Tratou-se do maior doador individual de Barros, no total ele arrecadou ao todo R\$ 3,1 milhões naquele ano. Almeida também fez doações individuais aos candidatos Carlos Sampaio (PSDB-SP), um dos principais articuladores na Câmara para o impeachment de Dilma Rousseff, com R\$100 mil, Eliana Calmon (PSB-BA) e Vital do Rêgo Filho (PMDB-PB). A campanha de Vital recebeu 600 mil como doação pessoal de Almeida. (RAMOS, 2016).

Dessa direção política que parece dominar os rumos da saúde no Brasil, que privatiza em detrimento da expansão do público, advém inúmeros rebatimentos e condições para a saúde da população e em especial para aqueles com condições de vida mais preconizadas e vulneráveis. Da expansão do setor filantrópico, que antes de tudo tem sua natureza jurídica privada, surgem problematizações. É o dinheiro público a base de sustentação desse setor, seja através das subvenções com transferências de recursos e criação de programas de apoio para seu financiamento, seja das formas indiretas, com perdão de dívidas, isenções, descontos de água, luz, terrenos cedidos para suas construções e a questão dos subsídios cruzados como exemplifica o autor.

a preponderância dos recursos públicos no financiamento dos hospitais filantrópicos e a possibilidade de ocorrência de subsídios cruzados quando o hospital filantrópico possui duas portas de entrada: a destinada aos usuários do SUS e a destinada aos usuários de planos de saúde privados e a atendimentos particulares [...] A possibilidade de ocorrência de subsídios cruzados quando o hospital filantrópico possui duas portas de entrada é importante questão de pesquisa dado o comprometimento do fundo público que financia o SUS com ações que têm redundado em benefícios privados e a necessidade de expandir a capacidade

de atendimento do sistema que, sob a ocorrência de subsídio cruzado em favor dos titulares de planos privados de saúde, sofre restrições de duas ordens: redução dos recursos disponíveis e seleção de acesso via planos privados de saúde (PINHEIRO FILHO, 2018, p. 10 e 11)

Os representantes do setor filantrópico reproduzem quase sempre o mesmo discurso sobre a falência de suas instituições, entretanto, o TCU informa outra ótica:

Uma auditoria do Tribunal de Contas da União (TCU) aponta que o Ministério da Saúde pagou por procedimentos médicos feitos em hospitais de referência, reconhecidos e certificados como centros de excelência pelo ministério, até seis vezes mais do que o previsto na tabela do SUS, que fixa a remuneração para hospitais da rede pública em todo o país. (PARREIRA, 2018).

Polese (2017) ao realizar reflexões acerca das lutas autônomas frente ao modelo democrático-popular (PT) na qual ele se refere como contrarrevolução permanente. O autor elabora uma análise fundamentando que os mecanismos de participação popular quando institucionalizados, levam aos processos de burocratização das lutas e dos órgãos de luta, são dessa forma cooptados pelo Estado (e seus interesses) na medida que passam a compor o Estado, e este por sua vez possui uma relação embrionária com o capital, sendo quase que um só. Para o autor o modelo democrático-popular de gestão dos conflitos sociais gerou um apassivamento de classe, portanto se configura em um modelo de contrarrevolução permanente. Para ele os espaços institucionalizados de participação (atrelados ao Estado) são organizações do consenso.

Na tradição marxista a política não aparece enquanto elemento a ser aperfeiçoada para as resoluções dos conflitos humanos, e sim, como dimensão essencial para manter esses conflitos. Para Marx a política e o Estado (ossatura da dimensão política) são os resumos oficiais da sociedade civil, isto é, não adianta mudar o governo, ou mudar a classe que detém o poder político, se a forma produtiva de determinada época histórica for erigida sob a apropriação privada dos produtos, as relações sociais desiguais continuarão a se reproduzir (PAIXÃO, 2017, p. 24).

A história da participação democrática dos trabalhadores tem se configurado, a um só tempo, como conquista e enquadramento nas regras do jogo da dominação de classes. Em tempos como o que vivemos quando é latente a imensa desigualdade e capacidade organizativa das forças em

luta, são comuns os confortáveis consensos em torno dos valores dominantes (...) a ideologia do chamado “Terceiro Setor”, peça decisiva para o sustento e tal unanimidade em torno da participação e da democracia. Pela romantização da sociedade civil e pela aparente negação do “Estado” e compreensiva tolerância com o “mercado”, oferece-nos a solução que se pretende intermediária. Submete-se o primeiro a uma crítica demolidora, como espaço da ineficiência e, portanto, ignora-se ou relega-se a segundo plano o seu papel precípuo de mantenedor da sociedade de classes (embora este mesmo estado seja, em grande medida, o regulador e o financiador do “Terceiro Setor”) e crê passar impune ao segundo (MONTAÑO, 2015. p. 105)

“Participar” portanto, sob esse registro, tem consistido, no mais das vezes, em vincular-se a demandas específicas, pontuais, locais, focalizadas, através de espaços institucionais da sociedade civil ou mesmo desvinculado de qualquer organismo, encorpando uma rede de solidariedade que pretende não só trazer para o plano privado a “questão social”, como também negar a política, o espaço público, a luta de classes e, por consequência, as causas, os problemas e as questões estruturais, abrangentes e universais, abrindo mão do ataque às origens mais profundas dos problemas que deseja solucionar – porque não as enxergam, simplesmente, ou porque as consideram inatingíveis e desperdiçadoras de esforços e de tempo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A primeira grande conclusão que se impõe, após a apresentação e discussão dos dados coletados nesta pesquisa documental, é, sem dúvida, aquela que aponta para o caráter inacabado deste trabalho. Não poderíamos ter a pretensão em dar a nossa reflexão por terminada. Sabemos que é preciso fazer muitas outras observações e pesquisas, nos propomos aqui a continuar essa análise crítica em pesquisas futuras para aprofundar nossa caminhada para desvendar esse gigante *ice berg* que é o setor filantrópico da saúde no Brasil.

A segunda grande consideração está relacionada ao objetivo de nosso trabalho, que era de refletir sobre a direção política da participação do setor filantrópico e sua relação com as tendências teórico-políticas do SUS. Nos propomos assim a analisar as atas dos Conselhos Estaduais de Saúde, da região Sul do Brasil, no ano de 2016. A intensão de conhecer mais sobre sua participação, sobre suas demandas e a forma que se manifestavam nesse espaço deliberativo de monitoramento do SUS.

Duas grandes questões permearam todo nosso trabalho como plano de fundo das discussões, são elas sobre o setor filantrópico e a participação institucionalizada. Nesse sentido compreender a natureza do setor filantrópico (ou mesmo em última instância compreender ele como constitutivo do Terceiro Setor) foi fundamental. O setor filantrópico é antes de tudo um setor privado de atendimento à saúde, o projeto de sociedade é neoliberal, é o projeto de direita que utiliza a linguagem e as bandeiras de esquerda.

Assim o é na medida em que acabam por ser instrumentos para a) Justificar e legitimar o processo de desestruturação da Seguridade Social b) Desonerar o capital da responsabilidade de co-financiamento as respostas às refrações da “questão social” mediante políticas sociais estatais c) Redução do Controle social e des-publicização da ação social d) Despolitizar os conflitos sociais dissipando-os e pulverizando-os, e transformar as “pressões ao Estado” e as “luta de classes” em “parceria” com o Estado e com o capital. e) Criar a cultura/ideologia do “possibilismo” f) Reduzir os impactos (ideológicos) do aumento do desemprego g) A localização e trivialização da “questão social” e a ideologia da autorresponsabilização pelas respostas às suas sequelas. (MONTAÑO, 2014, p. 90).

A terceira grande conclusão dessa pesquisa foi sobre o que efetivamente o setor filantrópico representa. A direção política de sua

participação dentro dos conselhos estaduais de saúde foi um desafio, mas nossos resultados mostram algumas tendências. Os representantes do setor filantrópico não utilizam o espaço dos conselhos como o principal para negociar seus interesses, seus espaços de negociação são outros, são os gabinetes dos deputados, são jantares com ministro da saúde, reuniões a portas fechadas com secretários estaduais de saúde e governadores. Portanto o conteúdo das atas são bastante reveladores nesse sentido, não tanto por suas colocações nas reuniões, mas justamente pela ausência das mesmas, ou seja, seu silêncio é um dado, é relevante, a falta de “posicionamento” dentro dos conselhos nos revela que não é ali que colocam suas demandas, suas estratégias são outras. Os CES se transformam muitas vezes em meros espaços formais de participação, “indicando-se tratar de uma participação que efetivamente não decide muita coisa, mas apenas chancela decisões tomadas previamente e em círculos fechadíssimos (DANTAS, 2014 p. 129).

E ainda sobre sua direção política, o que isso demonstra? Lutam pelo que? Seus interesses e princípios são os mesmo do SUS? A tendência política ideológica que observamos foi que defendem interesses privados, interesses e direitos para suas instituições, não estão ali para defender os interesses da classe trabalhadora ou melhor dizendo, dos usuários do SUS, muito pelo contrário, estão ali claramente para defender os direitos dos hospitais, mais recursos, mais isenções e benefícios. Sua contribuição em uma análise mais crítica se dá na colaboração para o fortalecimento de uma perspectiva de desmonte dos ideais de um SUS 100% estatal, gratuito e de qualidade, tal como defendia a perspectiva sanitaria.

Esse setor “filantrópico” compõe o setor privado em aparência e essência, eles se comportam como representantes de um setor privado.

O neoliberalismo existe, mas só para os pobres. O mercado livre é para eles, não para nós. Essa é a história do capitalismo. As grandes corporações empreenderam a luta de classes, são autênticos marxistas, mas com os valores invertidos. Os princípios do livre mercado são ótimos para ser aplicados aos pobres, mas os muito ricos são protegidos. As grandes indústrias de energia recebem subvenções de centenas de milhões de dólares, a economia de alta tecnologia se beneficia das pesquisas públicas de décadas anteriores, as entidades financeiras obtêm ajuda maciça depois de afundar... Todas elas vivem com um seguro: são consideradas muito grandes para cair e são

resgatadas se têm problemas. No fim das contas, os impostos servem para subvencionar essas entidades e com elas, os ricos e poderosos. Mas além disso se diz à população que o Estado é o problema e se reduz seu campo de ação. E o que ocorre? Seu espaço é ocupado pelo poder privado, e a tirania das grandes corporações fica cada vez maior. (CHOMSKY, 2018)

Talvez muito mais do que uma produção intelectual de caráter teórico, a presente dissertação representa uma denúncia à sociedade e um alerta aos movimentos dos trabalhadores sobre a perspectiva política desse setor privado filantrópico que atua de forma (teoricamente) complementar e conforme as diretrizes do SUS

Pela natureza desse trabalho, de ser uma pesquisa científica, a nível de pós-graduação, assumimos de ante mão, a possibilidade do erro, de estarmos completamente equivocados, embora agora o que reina é o sentimento contrário. Nos questionar, questionar nossos conhecimentos, nossas hipóteses, questionar nosso mundo, nossos valores, questionar tudo, essa é a base do conhecimento científico. No fundo a dúvida é o que reina aqui, mais do que certezas e isso posto, me sinto feliz com o trabalho. Finalizo esse trabalho com o grandioso sentimento de colocá-lo a prova, a banca tem seu papel nesse sentido, mas esse é só o começo de uma possível jornada futura. O sentimento de um trabalho inacabado, embora conclusivo, quase sempre, tal qual nós mesmos, seres inacabados e em constante construção, uma insatisfação positiva, e nessa jornada de buscar sempre melhorar, melhoramos.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, Nicola. Dicionário de filosofia. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

AGÊNCIA AL. Projeto de lei cria fundo para socorrer hospitais filantrópicos de SC. Em 01/06/2016. Disponível em <http://agenciaal.alesc.sc.gov.br/index.php/noticia_single/projeto-de-lei-cria-fundo-para-socorrer-hospitais-filantropicos-de-sc>

AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. Democracia é saúde. Anais da 8ª conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1987.

AZEVEDO, Roberto. Hospitais Filantrópicos. Disponível em: <<https://www.fehosc.com.br/?buscar=informativos&case=164>>; Acesso em 25 de fev. de 2019.

BAHIA, Ligia. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. 2018a. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csp/2018.v34n7/e00067218/pt>>. Acesso em 04 fev. 2019

BAHIA, Ligia. O SUS e o Setor Privado Assistencial: adaptações e contradições. 2018b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-11042018000700158&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso 4 fev. 2019

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BLUDENI, Lucia Maria. Cartilha Direito do Terceiro Setor. Comissão de Direito do Terceiro Setor da OAB. São Paulo. 2011. 36 p. Disponível em: <www.oabsp.org.br/comissoes2010/direito-terceiro-setor/cartilhas/REVISaO%202011Cartilha_Revisao_2007_Final_Sem%20destaque%20de%20alteracoes.pdf>. Acesso em 11 jun. 2017.

_____. Câmara dos Deputados. Comissão aprova tarifa social de energia elétrica para hospitais públicos e filantrópicos e entidades filantrópicas. 2017. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/ADMINIS>>

TRACAO-PUBLICA/546836-COMISSAO-APROVA-TARIFA-SOCIAL-DE-ENERGIA-ELETRICA-PARA-HOSPITAIS-PUBLICOS-E-FILANTROPICOS-ENTIDADES FILANTROPICAS.html?fbclid=IwAR2BRe5Spx4ttmV1fPWFV aXkOQxdT0obfZplfm1YIJvRhjuzPqkPwwxpuVo> . Acesso em 20 de jan. 2019

_____. Poder Legislativo. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em 16 set. 2017

_____. Poder Legislativo. Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009. Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social; regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social; altera a Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Diário Oficial da União, Brasília, 30 nov.2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/112101.html>. Acesso em 15 set. 2017

BRAVO, Maria Inês de Souza. Política de Saúde no Brasil. In: Serviço Social e Saúde. 3. Ed, São Paulo: Cortez. 2008.

BOXER Charles R. O Império colonial português (1415-1825). Edições Setenta, Lisboa, 1969.

BUSS, P. M; FILHO, A. P. A Saúde e seus Determinantes Sociais. 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>>. Acesso em 12 de jul. 2017.

CAMPOS, E. S. História e evolução dos hospitais. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 1965. 588 p.

CANABRAVA, Claudia Marques et al. Sistema Único de Saúde e o terceiro setor: caracterização de entidades, não hospitalares, que possuem serviços em atenção básica de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública [online]. 2007, vol.23, n.1, pp. 115-126. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n1/12.pdf> >. Acesso em: 15 agos. 2016.

CIRCHIA, Fernada. Com bloqueios UEL e HU conseguem funcionar por apenas nove meses, diz reitor <https://www.folhadelondrina.com.br/politica/com-bloqueios-uel-e-hu-conseguem-funcionar-por-apenas-nove-meses-diz-reitor-1024070.html>

CHOMSKY, Noam. “As pessoas já não acreditam nos fatos”. 2018. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2018/03/06/cultura/1520352987_936609.html>. Acesso em: 09 maio 2018.

CMB. Perfil da Entidade. 2017. Disponível em <<http://www.cmb.org.br/cmb/index.php/institucional/quem-somos>>. Acesso em: 09 fev. 2019.

CMB. Informações publicadas no site da Confederação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos (CMB). <<https://www.cmb.org.br/cmb/index.php/institucional/quem-somos>>. Acesso em 17 de fev. de 2019.

COHN, Amélia. ELIAS. Paulo Eduardo M. Saúde no Brasil: políticas de organização de serviços. 3 ed. revista e ampliada. São Paulo: Cortez. CEDEC, 1999.

COSTA, Lúcia Cortes da. O Estado brasileiro em discussão: análise do plano diretor da reforma do aparelho do Estado governo FHC/1996. Revista de História Regional Vol. 3, nº 1, 1998. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=15298>. Acesso em: 29 jul. 2016.

COUTINHO, Carlos Nelson. O Estado brasileiro: gênese, crise, alternativas. In: LIMA, Júlio César França; NEVES, Lúcia Maria Wanderley (Orgs.). Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. 320p. Cap. 5, p. 173-200. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/CAPITULO_5.pdf>. Acesso em 16 mar. 2017.

_____. Contra Corrente - Ensaio sobre a democracia e socialismo. São Paulo: Cortez, 2000.

DEMO, Pedro. Participação é conquista. São Paulo: Brasiliense, 1988.
ESTADÃO. Einstein é sondado para fazer segunda emissão de CRIs. 2019. Disponível em: <<https://economia.estadao.com.br/blogs/colunado-broad/einstein-e-sondado-para-fazer-segunda-emissao-de-cris/>>. Acesso em 16 fev. 2019.

ESTECHE, Cristina. Cida transformará Hospsus em política de estado. Disponível em: <<https://redesuldenoticias.com.br/noticias/cida-transformara-hospsus-em-politica-de-estado/>>. Acesso em 15 fev. de 2019.

FAGNANI, E. Política social no Brasil (1964-2002): entre a cidadania e a caridade [Tese de Doutorado]. Campinas: Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas; 2005.

FATORELLI, Maria Lucia. Orçamento Federal Executado (pago) em 2018. Disponível em: <<https://auditoriacidada.org.br/wp-content/uploads/2019/02/grafico-2018.pdf>>. Acesso em 15 fev. de 2019.

FRASÃO, Gustavo. Ministério da Saúde certifica entidades beneficentes no Rio Grande do Sul. Ministério da Saúde. 2016. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/25670-ministerio-da-saude-certifica-entidades-beneficentes-no-rio-grande-do-sul>>. Acesso em 10 de mar. 2019

FRASÃO, Gustavo. Assistência à saúde do Rio Grande do Sul recebe reforço de R\$ 102,4 milhões. Ministério da Saúde. 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43718-assistencia-a-saude-de-porto-alegre-ganha-r-87-7-milhoes>>. Acesso em 10 de mar. de 2019.

FAVARO, Tereza Cristina P. O Controle Social no Sistema Único de Saúde: A experiência de Goiânia – Em duas gestões (1988 a 1992 e 1993 a 1996). Dissertação (mestrado) – Universidade Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, 2009.

FEHOSC. Hospitais filantrópicos buscam junto a Celesc renegociar suas dívidas. Em 07/05/2015. Disponível em: <<https://www.fehosc.com.br/?buscar=informativos&case=165>> Acesso em 21 de fev. de 2019.

FEHOSC. Representantes de entidades hospitalares se reúnem com secretário da Saúde na busca por recursos. 2017a. Disponível em: <<https://www.fehosc.com.br/?buscar=informativos&case=223>>. Acesso em 21 de fev. de 2019.

FEHOSC. Após mobilização, hospitais filantrópicos receberão recursos do governo federal. 2017b. Disponível em: <<https://www.fehosc.com.br/?buscar=informativos&case=232>>;>. Acesso em 21 de fev. de 2019.

FEHOSUL. SISTEMA SINDICAL PATRONAL: A Importância Para O Setor Da Saúde No Rio Grande Do Sul. 2017. Disponível em: <http://www.fehosul.org.br/fehosul/wp-content/uploads/2017/12/sistema_sindical_patronal_2018.pdf>. Acesso em 15 de fev. de 2019.

FEDERAÇÃOORS. Institucional: Quem somos. Disponível em <<http://federacaors.org.br/institucional/>> . Acesso em 16 de fev. de 2019.

FEDERAÇÃOORS. Articulações com o novo Governo do Estado. 2019b. <http://federacaors.org.br/imprensa/articulacoes-com-o-novo-governo-do-estado/>

_____. Institucional: Quem somos. Disponível em <<http://federacaors.org.br/institucional/>> . Acesso em 16 de fev. de 2019.

_____. Curso de emendas parlamentares. 2019a. Disponível em: <<http://federacaors.org.br/emendas-parlamentares/>>. Acesso em 10 de mar. de 2019.

FEHOSC. Representantes de entidades hospitalares se reúnem com secretário da Saúde na busca por recursos. 2017a. Disponível em: <<https://www.fehosc.com.br/?buscar=informativos&case=223>>. Acesso em 21 de fev. de 2019.

FEHOSC. Após mobilização, hospitais filantrópicos receberão recursos do governo federal. 2017b. Disponível em: <<https://www.fehosc.com.br/?buscar=informativos&case=232>>;>. Acesso em 21 de fev. de 2019.

_____. Hospitais filantrópicos buscam junto a Celesc renegociar suas dívidas. Em 07/05/2015. Disponível em: <<https://www.fehosc.com.br/?buscar=informativos&case=165>> Acesso em 21 de fev. de 2019.

FEHOSUL. SISTEMA SINDICAL PATRONAL: A Importância Para O Setor Da Saúde No Rio Grande Do Sul. 2017. Disponível em: <http://www.fehosul.org.br/fehosul/wp-content/uploads/2017/12/sistema_sindical_patronal_2018.pdf>. Acesso em 15 de fev. de 2019.

FEMIPA. Femipa: em defesa dos hospitais filantrópicos e santas casas. 2016. Disponível em: <<http://www.femipa.org.br/quem-somos/>>. Acesso em 09/02/2019.

FEMIPA. Hospsus. <http://www.femipa.org.br/programas/hospsus/>

FERNANDES, Rubem César. O que é o terceiro setor? Revista do legislativo, Belo Horizonte, n. 18, p. 26-30, abr./jun. 1997, Belo Horizonte, Assembléia Legislativa do Estado de Minas Gerais, 1997. Disponível em < <http://dspace.almg.gov.br/xmlui/bitstream/handle/11037/1091/1091.pdf?sequence=3> >. Acesso em 03 set. 2016.

FERNANDES, Liliane Alves. As Santas Casas de Misericórdia na República Brasileira 1922-1945. Dissertação de Mestrado apresentado à Universidade de Évora, 2009.

FORMENTI, Ligia. Ministro propõe planos baratos para reduzir demanda no SUS. 2016. Disponível em: <<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,ministro-propoe-planos-de-saude-mais-baratos-para-reduzir-demanda-no-sus,10000061297>>. Acesso em 27 de nov. de 2018.

FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

GANDELMAN, Luciana. A Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro nos séculos XVI-XIXI, História, Ciências, Saúde - Manguinhos, vol. VIII, nº 3, p. 613-630, Rio de Janeiro, 2001.

GERSCHMAN, Silva; VIANA. Ana Luiza D'Avila. Descentralização e

desigualdades regionais em tempos de hegemonia liberal. In: EDLER. Flávio Coelho et al. (Orgs) Saúde e Democracia. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, p. 307-349.

_____. A Democracia Inconclusa: Estudo da Reforma Sanitária Brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

GERHARDT, Tatiana Engel e SILVEIRA, Denise Tolfo (org). Métodos de Pesquisa. coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento-Rural- da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, Antonio Carlos. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 200 p. 6. ed. – São Paulo : Atlas, 2008

G1. Funcionários da Santa Casa de Uruguaiana entram em greve no RS. 2016. <http://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2016/12/funcionarios-da-santa-casa-de-uruguaiana-entram-em-greve-no-rs.html>

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Brasil em desenvolvimento: Estado, planejamento e políticas públicas. Brasília: 2010. v. 3. 575 p. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_brasil_desenvolvimento2011_vol01.pdf>. Acesso em 25 jun. 2017.

JÚNIOR, Y. C; ALVES, S. M. C; ALMEIDA, L. L. A Certificação de Entidades de Assistência Social na área da saúde: alterações normativas 2008-2016. 2016. Disponível em: <http://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/339>. Acesso em 05 jul. 2017.

KANITZ, Stephen. O que é o terceiro setor? Artigo. Disponível em <<http://www.filantropia.org/OqueeTerceiroSetor.htm> > Acesso em 04 set. 2016.

KHOURY, Yara Aun. Guia dos Arquivos das Santas Casas de Misericórdia do Brasil: (fundadas entre 1500 e 1900), Volumes 1 e 2. São

Paulo, Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, PUC –SP, CEDIC, FAPESP, 2004; Estatísticas do Século XX, consultados em: <<http://www.ibge.gov.br/seculoxx/default.shtm>>. Acesso 21 nov. 2016

KRÜGER, T. R. Participação da comunidade: 20 anos de diretriz constitucional. In. Emancipação, Ponta Grossa, 8(2): 75-90, 2008. Disponível em: <www.uepg.br/emancipacao>. Acesso em 03 de maio 2017.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. Fundamentos de metodologia científica. São Paulo: Atlas, 1993.

LIMA, Sheyla Maria Lemos et al. Caracterização gerencial dos hospitais filantrópicos no Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5):1249-1261, set-out, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v20n5/19.pdf>. Acesso em 02 fev. 2017.

MARCHESOTTI, Ana Paula Almeida. Santa casa de misericórdia: História e desafios. 2013. Disponível em: <http://tremdahistoria.blogspot.com.br/2013/05/santa-casa-de-misericordia-historia-e.html>. Acesso em 20 ago. 2016

MASSUDA, Adriano, et al. Cenários do financiamento público em saúde. In: Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? Brasília : OPAS; 2018. Disponível em <<https://apsredes.org/sus-30-anos/>> acesso em 16 de fev. 2019.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

MERINO UTRERAS, Jorge. Comunicación popular alternativa y participatoria. Manuales didácticos. Quito, CIESPAL, 1988.

MESTRINER, Maria Luiza. O estado entre a filantropia e a assistência social. São Paulo. Cortez Ed., 2001.

METAHOSPITALAR. Encontro Catarinense de Hospitais – FEHOESC. 2016. Disponível em: <<https://www.metahospitalar.com.br/noticia/show/encontro-catarinense-de-hospitais-fehoesc-20160908>>. Acesso em 22 de fev. de 2019.

MÉSZÁROS, I. Para além do capital. São Paulo: Boitempo, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. 27. ed, - Petrópolis, RJ : Vozes 2008. 108 p.

MINISTÉRIO DA FAZENDA. Aspectos Fiscais da Saúde no Brasil. Brasília: Secretaria do Tesouro Nacional. 2018. Disponível em: <<http://www.tesouro.fazenda.gov.br/documents/10180/318974/AspectosFiscaisSa%C3%BAde2018/a7203af9-2830-4ecb-bbb9-4b04c45287b4>> Acesso em 20 de fev. de 2019.

MONTAÑO. Carlos E. O projeto neoliberal de resposta à “questão social” e a funcionalidade do “terceiro setor”. Lutas Sociais (PUCSP), PUC - São Paulo, v. 8, p. 53-64, 2001.

_____. O canto da sereia: crítica à ideologia e aos projetos do “terceiro setor”. 432 p. 1. Ed, – São Paulo: Cortez, 2014.

MOTA, Ana E. Seguridade Social Brasileira: desenvolvimento histórico e tendências recentes. In: Teixeira, Marlene et al. (Orgs). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, v. 1, p. 40-48, 2006.

MULLER, Carlos A. Marco conceptual de la comunicaci3n participati va. Cuadernos de Periodismo. Manágua, Escuela de Periodismo, 1984, n° 5.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1723.pdf>>. Acesso em 25 de fev. de 2019.

PAIXÃO, Bruno Gonçalves da. A política em Marx. – São Paulo : Instituto Lukács, 2017. 200 p.

PARANÁ. Resolução CES/PR nº 057/16a. Aprova o Regimento Interno do Conselho Estadual de Saúde do Paraná. Disponível em http://www.conselho.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Resolucoes/2016/57_16.pdf Acesso em 05 fev. 2019.

_____. Decreto 3546 - 24 de Fevereiro de 2016b. Institui o Conselho

Estadual de Saúde do Paraná – CES/PR, eleito na Plenária Eleitoral da 11ª Conferência Estadual de Saúde do Paraná, em 19 de agosto de 2015, para a Gestão 2016-2019. Disponível <https://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao/listarAtosAno.do?action=exibir&codAto=152912&indice=1&totalRegistros=161&anoSpan=2016&anoSelecionado=2016&mesSelecionado=2&isPaginado=true> Acesso em 05 fev. 2019

_____. Atas das Plenárias do CES/PR. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=128>>. Acesso em 20 de mar. 2017.

_____. Constituição Estadual. <https://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao/pesquisarAto.do?action=exibir&codAto=9779&codTipoAto=&tipoVisualizacao=original>

_____. LEI ESTADUAL Nº 18.777, DE 11 DE MAIO DE 2016. Assembleia legislativa do Estado do Paraná. Publicada no Diário Oficial nº. 9696 de 12 de Maio de 2016. Disponível em: <http://portal.alep.pr.gov.br/modules/mod_legislativo_arquivo/mod_legislativo_arquivo.php?leiCod=50599&tplei=0&tipo=L>. Acesso em 20 de fev. de 2019.

_____. LEI ESTADUAL nº 18.976, DE 11 DE ABRIL DE 2017. Assembleia legislativa do Estado do Paraná. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/4_Lei_Estadual_n_18976_2017_COSEMS.pdf>. Acesso em 20 de fev. De 2019.

_____. Decreto nº 7265 de 28 de junho de 2017. Assembleia legislativa do Estado do Paraná. Publicado no DOE em 29 jun 2017. Disponível em: <<http://www.femipa.org.br/wp-content/uploads/2017/08/Decreto-n%C2%BA-7265-DE-28.pdf>>. Acesso em 20 de fev. de 2019.

_____. RESOLUÇÃO SESA nº 402/2017. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/---_Resolucoes2017/402_17.PDF>. Acesso em 20 de fev. de 2019.

_____. Ata 232ª do Conselho Estadual de Saúde. Secretaria de Estado da Saúde. 2016b, p.21. Disponível em: <http://www.conselho.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Atas/2016/232_RO_Junho_2016.pdf>. Acesso em 01 fev. 2017.

PARREIRA, Marcelo. Hospitais de referência receberam por procedimento até 6 vezes mais que valor da tabela SUS, diz TCU. 2018. Disponível em: <<https://g1.globo.com/economia/noticia/hospitais-de-referencia-receberam-por-procedimento-ate-6-vezes-mais-que-valor-da-tabela-sus-diz-tcu.ghtml>>. Acesso em set. 2018.

PEREIRA, I. C. B. A Reforma do Aparelho do Estado e a Constituição Brasileira. Brasília: MARE/ENAP, 1995.

PERUZZO, Cicília Krohling. Comunicação nos movimentos populares: a participação na construção da cidadania. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

PINHEIRO FILHO, Francisco Percival. Hospitais Filantrópicos e sua Relação com o Sistema de Saúde Brasileiro: dependência e limites para a expansão da rede pública de serviços de saúde. I Seminário de Políticas Públicas e Desenvolvimento Territorial. Disponível em: <<https://m.uniara.com.br/arquivos/file/eventos/2017/seppu/anais/pinheiro-filho.pdf>>. Acesso em 17 fev. 2019.

POLESE, PABLO . As lutas autônomas frente ao modelo democrático-popular de contrarrevolução permanente. Serviço Social & Sociedade , v. 128, p. 123-142, 2017.

RAMOS, Murilo. Maior doador de campanha do ministro da Saúde é sócio de gigante de planos de saúde. 2016. Disponível em: <<https://epoca.globo.com/tempo/expresso/noticia/2016/05/maior-doador-de-campanha-do-ministro-da-saude-e-socio-de-gigante-de-planos-de-saude.html>>. Acesso em ago. 2018.

RESENDE, Helena Vasconcelos de Lara. Análise da Lei nº 9.637/98 Organizações Sociais: forma de qualificação e execução de serviços públicos com dispensa de licitação. 2012. 60 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) – Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais – FAJS. Brasília, 2012.

RIO GRANDE DO SUL. Atas das Plenárias do CES/RS. Conselho Estadual de Saúde. Secretaria de Estado da saúde. Disponível em: <<http://www.ces.rs.gov.br/conteudo/784/Atas-das-Plenarias>>. Acesso em mar. 2017.

RIO GRANDE DO SUL. Lei nº 10.097, de 31 de janeiro de 1994. Cria o Conselho Estadual Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

RIO GRANDE DO SUL. Regimento Interno. Conselho Estadual de

Saúde - CES/RS. Secretaria da Saúde. 1994. Disponível em <http://www.ces.rs.gov.br/conteudo/760/Legislacao> Acesso 05 fev. 2019

RIO GRANDE DO SUL. Ata da 1ª plenária ordinária do CES/RS. 2016a. Disponível em <http://www.ces.rs.gov.br/conteudo/784/Atas-das-Plenarias>>. Acesso em: 05 mar. de 2017.

RIO GRANDE DO SUL. Ata da 1ª plenária ordinária do CES/RS. 2016a. Disponível em <http://www.ces.rs.gov.br/conteudo/784/Atas-das-Plenarias>>. Acesso em: 05 mar. de 2017.

_____. Lei nº 11.953, de 05 de setembro de 2003. DOE nº 173, de 08 de setembro de 2003. Disponível em http://www.al.rs.gov.br/legis/M010/M0100099.ASP?Hid_Tipo=TEXT O&Hid_TodasNormas=46622&hTexto=&Hid_IDNorma=46622>. Acesso em 07 de mar. de 2019.

_____. Lei nº 11.366, de 31 de agosto de 1999. DOE nº 170, de 01 de setembro de 1999. Disponível em http://www.al.rs.gov.br/legis/M010/M0100099.ASP?Hid_Tipo=TEXT O&Hid_TodasNormas=4184 &hTexto=&Hid_IDNorma=4184 >. Acesso em 07 de mar. de 2019.

SALVADOR, Evilasio. Fundo Público e o financiamento das Políticas Sociais no Brasil. 2012. Disponível em: <http://www.uel.br/seer/index.php/ssrevista/article/download/12263/11632>>. Acesso em 28 set. 2018

SANTA CATARINA. Composição CES. Secretaria de Estado da Saúde. Publicado em 03 Agosto 2016. Disponível <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/conselhos-e-comissoes/ces/composicao-ces> Acesso 05 fev 2019.

SANTA CATARINA. Atas das Plenárias do CES/SC. Conselho Estadual de Saúde. Secretaria de Estado da Saúde. Disponível em: http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&Itemid=63>. Acesso em 22 mai. 2017

SILVA, M. O. da S. A política pública de transferência de renda enquanto estratégia de enfrentamento à pobreza no Brasil. Revista de Políticas Públicas, v.7, n. 2, p. 233-253, 2003. Disponível em <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/3746>>. Acesso em 13/03/2018.

SANTA CATARINA. Lei nº 17.191, de 11 de julho de 2017. Autoriza a criação de unidade orçamentária e a abertura de crédito especial em favor do Fundo Estadual de Apoio aos Hospitais Filantrópicos de Santa Catarina, ao Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina (HEMOSC), ao Centro de Pesquisas Oncológicas Dr. Alfredo Daura Jorge (CEPON) e aos Hospitais Municipais.

_____. Lei nº 16.968, de 19 de julho de 2016. Disponível em: <<http://leisestaduais.com.br/sc/lei-ordinaria-n-16968-2016-santa-catarina-institui-o-fundo-estadual-de-apoio-aos-hospitais-filantropicos-de-santa-catarina-ao-centro-de-hematologia-e-hemoterapia-de-santa-catarina-hemosc-ao-centro-de-pesquisas-oncologicas-dr-alfredo-daura-jorge-cepon-e-aos-hospitais-municipais-2017-12-11-versao-consolidada>>. Acesso em 18 de mar. de 2019

_____. Lei Nº 17.350, de 11 de dezembro de 2017. Disponível em: <<http://leisestaduais.com.br/sc/lei-ordinaria-n-17350-2017-santa-catarina-altera-os-arts-1-e-6-da-lei-n-16968-de-2016-que-institui-o-fundo-estadual-de-apoio-aos-hospitais-filantropicos-de-santa-catarina-ao-centro-de-hematologia-e-hemoterapia-de-santa-catarina-hemosc-ao-centro-de-pesquisas-oncologicas-dr-alfredo-daura-jorge-cepon-e-aos-hospitais-municipais>>. Acesso em 18 de mar. de 2019

SANTOS, Boaventura de Sousa. Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna. Estudos Avançados, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 46-71, 1988. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141988000200007>. Acesso em 28 set. 2017

SANTOS, Nelson Rodrigues. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1729.pdf>>. Acesso em 08 fev. 2019.

SPOSATI, Aldaíza. Cidadania ou filantropia: um dilema para o CNAS. São Paulo: Núcleo de Seguridade e Assistência Social da PUC/SP. 1994.

SCHIMITT, Alcione Vicente. O Programa Nacional de Publicização (PNP). Revista JusNavigandi, Teresina, ano 11, n. 1187, 1 out. 2006. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigo/8994>>. Acesso em 16 jul. 2016.

SOUZA, Luciana Virgília Amorim de. Terceiro setor: vilão ou aliado? Conteúdo Jurídico, Brasília-DF: 18 out. 2012. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.40082&seo=1>>. Acesso em 03 set. 2016

TEIXEIRA, Josenir. O terceiro setor e a gestão da saúde pública. 2010. OAB São Paulo. Disponível em <<http://www.oabsp.org.br/comissoes2010/direito-terceiro-setor/artigos/o-terceiro-setor-e-a-gestao-da-saude-publica-dr.-josenir-teixeira>>. Acesso em 15 dez. de 2016

VALENTE, Rubens. Dono de gestora de plano de saúde financiou ministro que quer rever SUS. <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2016/05/1772087-ministro-que-defende-rever-sus-foi-financiado-por-dono-de-plano-de-saude.shtml>

SCHREIBER, Mariana. Sistema de saúde para todos é 'sonho' e seus defensores são 'ideólogos, não técnicos', diz ministro da Saúde. BBC. 2016. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-37932736>>. Acesso em 01 de mar. de 2019

ZECA, Dirceu. Decreto do Governo bloqueia R\$ 528 milhões para as universidades estaduais. Disponível em: <http://www.zecadirceu.com.br/noticias_view.php?id=15427>. Acesso em 20 de jan. 2019