



**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS**

ORIENTAÇÃO PARTIDÁRIA E GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA: uma análise das Organizações Sociais de Saúde nos municípios de São Paulo (2021-2024)

Marilaine Aparecida Ferreira

Seropédica/RJ
2026



**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS**

ORIENTAÇÃO PARTIDÁRIA E GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA: uma análise das Organizações Sociais de Saúde nos municípios de São Paulo (2021-2024)

MARILAINE APARECIDA FERREIRA

Sob a Orientação do Prof. Dr.
Nelson Rojas de Carvalho
Coorientação do Prof. Dr.
Vladimyr Lombardo Jorge

Tese submetida como requisito para obtenção do grau de Doutora em Ciências Sociais, no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Biblioteca Central / Seção de Processamento Técnico

Ficha catalográfica elaborada
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

F345o Ferreira, Marilaine Aparecida, 1984-
ORIENTAÇÃO PARTIDÁRIA E GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA: uma
análise das Organizações Sociais de Saúde nos
municípios de São Paulo (2021-2024) / Marilaine
Aparecida Ferreira. - Soledade de Minas, 2026.
195 f.

Orientador: Nelson Rojas de Carvalho.
Coorientador: Vladimyr Lombardo Jorge.
Tese(Doutorado). -- Universidade Federal Rural do
Rio de Janeiro, PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS
SOCIAIS, 2026.

1. Orientação partidária. 2. Gestão da saúde
pública. 3. Organizações sociais de saúde. I.
Carvalho, Nelson Rojas de , 1961-, orient. II.
Jorge, Vladimyr Lombardo , 1965-, coorient. III
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS. IV.
Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

MARILAINÉ APARECIDA FERREIRA

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de **Doutora**, no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Área de Concentração em Ciências Sociais.

TESE APROVADA EM 07/05/2026

Documento assinado digitalmente
 NELSON ROJAS DE CARVALHO
Data: 15/06/2026 13:19:14-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dr. Nelson Rojas de Carvalho, UFRRJ
Orientador

Documento assinado digitalmente
 FILIPE SOUZA CORREIA
Data: 26/05/2026 15:20:56-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dr. Filipe Souza Corrêa, UFRJ

Documento assinado digitalmente
 FRANCISCO CESAR PINTO DA FONSECA
Data: 16/06/2026 00:10:59-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dr. Francisco Cesar Pinto da Fonseca, PUC-SP

Documento assinado digitalmente
 ANNEISE CAETANO FRAGA FERNANDEZ
Data: 12/06/2026 17:31:14-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dra. Annelise Caetano Fraga Fernandez, UFRRJ

Documento assinado digitalmente
 MAYRA GOULART DA SILVA
Data: 15/06/2026 15:22:47-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dra. Mayra Goulart da Silva, UFRJ

RESUMO

No contexto da Reforma Gerencial, as Organizações Sociais de Saúde (OSs) consolidaram-se como instrumentos de gestão, vinculados ao processo de publicização, em que a execução de serviços públicos não exclusivos foi delegada a entidades privadas sem fins lucrativos e sob regulação estatal. Esta tese investiga se a orientação partidária dos prefeitos influencia a adoção e a intensidade de utilização das OSs nos municípios do estado de São Paulo, inserindo-se no debate sobre a tensão entre o modelo de Estado prestador e arranjos gerenciais de gestão indireta. Após a coleta de dados dos 645 municípios paulistas, foram aplicados modelos de regressão logística (incluindo a penalizada), regressão linear múltipla e testes de interação, controlando por variáveis fiscais e demográficas (porte populacional, capacidade fiscal e aplicação mínima de recursos em saúde). Cortes transversais anuais independentes para o período de 2021 a 2024 permitiram a comparação interanual dos padrões observados. Os resultados indicaram que a orientação partidária, isoladamente, não apresentou significância estatística robusta na explicação da adoção de OSs, levando à refutação da clivagem ideológica (Hipótese I). O porte populacional emergiu como o preditor dominante e estável de adoção, com municípios de maior porte apresentando chances significativamente superiores de implementação, o que sugere que o modelo de OSs relaciona-se à complexidade da saúde e à escala urbana, corroborando a Hipótese II. Quanto à intensidade de utilização (Hipótese III), medida pelo volume de recursos destinados às OSs, a ideologia novamente não apresentou efeito estatístico significativo, sendo o volume de recursos explicado pela população absoluta. As análises de interação entre orientação partidária e porte populacional não apresentaram robustez estatística generalizada e, em alguns casos, foram afetadas por problemas de separação em determinadas categorias, o que limitou a confiabilidade inferencial dos coeficientes estimados. Ainda assim, observaram-se padrões descritivos que sugerem variação ideológica nos municípios em função do porte populacional (entre 50 e 100 mil habitantes), nos primeiros anos do mandato (2021–2022). Esse achado indica que a ideologia não opera como determinante geral, mas como variável condicionada pelo contexto estrutural, cuja manifestação depende das condições institucionais e demográficas. Em conjunto, os resultados indicaram a predominância de fatores estruturais sobre preferências ideológicas na definição dos arranjos de gestão da saúde, sugerindo que a adoção de OSs responde mais a imperativos de escala e capacidade administrativa do que a clivagens político-partidárias.

Palavras-chave: orientação partidária; Ideologia; Organizações Sociais em Saúde; gestão da saúde pública.

ABSTRACT

In the context of the Managerial Reform, Health Social Organizations (SOs) consolidated themselves as management instruments linked to the contracting-out process, whereby the execution of non-exclusive public services was delegated to private non-profit entities under state regulation. This thesis investigates whether the partisan orientation of mayors influences the adoption and intensity of use of SOs in the municipalities of the state of São Paulo, contributing to the debate on the tension between the direct service provision model and indirect managerial arrangements. After collecting data from all 645 municipalities in São Paulo, logistic regression models — including penalized variations —, multiple linear regression, and interaction tests were applied, controlling for fiscal and demographic variables: population size, fiscal capacity, and minimum health expenditure. Independent annual cross-sections covering the period from 2021 to 2024 allowed for interannual comparison of the observed patterns. The results indicated that partisan orientation, in isolation, did not present robust statistical significance in explaining SO adoption, failing to confirm the existence of an ideological cleavage (Hypothesis I). Population size emerged as the dominant and stable predictor, with larger municipalities presenting significantly higher odds of implementation, suggesting that the SO model is associated with healthcare complexity and urban scale, corroborating Hypothesis II. Regarding intensity of use (Hypothesis III), measured by the volume of resources allocated to SOs, ideology again showed no statistically significant effect, with resource volume being explained by absolute population size. Interaction analyses between partisan orientation and population size did not yield generalized statistical robustness and, in some cases, were affected by quasi-complete separation in certain categories, which limited the inferential reliability of the estimated coefficients. Nevertheless, descriptive patterns were observed suggesting ideological variation in medium-sized municipalities — between 50,000 and 100,000 inhabitants — in the early years of the term of office (2021–2022). This finding indicates that ideology does not operate as a general determinant, but rather as a structurally conditioned variable whose manifestation depends on institutional and demographic conditions. Taken together, the results point to the predominance of structural factors over ideological preferences in defining healthcare management arrangements, suggesting that SO adoption responds more to imperatives of scale and administrative capacity than to partisan-political cleavages.

Keywords: Party Affiliation; Ideology; Social Organizations in Health; Municipal Public Management.

AGRADECIMENTOS

Quanto maior e mais árduo o caminho, mais temos a agradecer. A concretização desta Tese representa a culminação de uma jornada que, embora solitária em muitos momentos, somente foi possível graças à colaboração de inúmeras pessoas e instituições. A elas, meu mais profundo e sincero reconhecimento.

Ao professor Nelson, meu orientador, agradeço pela confiança depositada em meu projeto, pelo respeito à minha autonomia e pela orientação minuciosa e paciente. Sua capacidade analítica garantiu o rigor metodológico e a profundidade dos achados.

Ao professor Vladimir, meu coorientador, agradeço pela valiosa colaboração e pelo olhar complementar, essenciais para o desenho e finalização da pesquisa.

Ao companheiro de pesquisa Daniel Leonel, grande incentivador, agradeço pela generosidade e pelo apoio crucial para a conclusão deste trabalho. Sua expertise nas análises quantitativas foi o pilar técnico que garantiu o rigor dos achados empíricos.

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da UFRRJ e a todos os professores agradeço pelo ambiente acadêmico estimulante e pelos ensinamentos.

Ao meu esposo Tulio, meu maior incentivador. Agradeço pela paciência, pela motivação constante e por sempre me lembrar que é possível. A você, minha eterna gratidão.

Aos meus familiares que me auxiliaram em todos esses anos.

Aos professores Nelson, Wladimir, Daniel e Humberto que compuseram minha banca de qualificação agradeço pela leitura atenta e pelas valiosas sugestões, fundamentais para o aprimoramento metodológico desta pesquisa.

Aos membros da Banca Examinadora, doutores Filipe e Francisco e doutoras Annelise e Mayra, agradeço pela leitura atenta e pelas arguições perspicazes que contribuíram para a qualidade final desta Tese.

Enfim, sou grata a todos que estiveram próximos a mim durante todo esse período. Agradeço, sobretudo, a Deus, pela saúde e pela determinação para concluir esta longa jornada.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001

ÍNDICE DE TABELAS, QUADROS E GRÁFICOS

Tabela 01: Séries históricas mensais do IPCA

Tabela 02: Marcos Históricos da Saúde Pública Brasileira: do período colonial até 1930

Tabela 03: Marcos Históricos da Saúde Pública Brasileira: do Governo Getúlio Vargas até início da década de 1980

Tabela 04: Marcos Históricos da Saúde Pública Brasileira: da redemocratização até o SUS

Tabela 05: Membros titulares da subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente da Assembleia Nacional Constituinte

Tabela 06: Membros suplentes da subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente da Assembleia Nacional Constituinte

Tabela 07: Quantidade de OSs nos municípios paulistas (2021)

Tabela 08: Distribuição da presença de Organizações Sociais de Saúde (OSs) por orientação partidária dos prefeitos (2021)

Tabela 09: Regressão logística simples para a adoção de OSs segundo a orientação partidária (2021)

Tabela 10: Regressão logística para a presença de OSs segundo a ideologia reclassificada (Não-Direita vs Direita)

Tabela 11: Resultados da regressão logística penalizada (LASSO) para predição da adoção de OSs (2021)

Tabela 12: Interação entre faixa populacional e ideologia partidária na adoção de OSs (2021)

Tabela 13: Ranking dos 10 municípios que mais gastaram com OSs em 2021

Tabela 14: Tabela de comparação de médias pelo teste t de Welch (2021)

Tabela 15: Resumo dos Resultados Empíricos (2021)

Tabela 16: Quantidade de OSs nos municípios paulistas (2021-2024)

Tabela 17: Evolução da adoção de OSs por ideologia partidária nos municípios paulistas (2021–2024)

Tabela 18: Regressão logística simples para a presença de OSs (2022)

Tabela 19: Regressão logística simples para a presença de OSs (2023)

Tabela 20: Regressão logística simples para a presença de OSs (2024)

Tabela 21: Resultados da regressão logística penalizada (LASSO) para predição da adoção de OSs (2022)

Tabela 22: Resultados da regressão logística penalizada (LASSO) para predição da adoção de OSs (2023)

Tabela 23: Resultados da regressão logística penalizada (LASSO) para predição da adoção de OSs (2024)

Tabela 24: Interação entre faixa populacional e ideologia partidária na adoção de OSs (2022)

Tabela 25: Coeficientes de Regressão Logística Penalizada (Método Firth) para efeitos isolados na adoção de OSs (2023-2024)

Tabela 26: Tabela de p-valores (Hipótese III)

Tabela 27: Resumo dos Resultados Empíricos (2022)

Tabela 28: Resumo dos Resultados Empíricos (2023)

Tabela 29: Resumo dos Resultados Empíricos (2024)

Quadro 01: Quadro comparativo OS x OSCIP

Quadro 02: Síntese da análise de adoção de OSs

Gráfico 01: Distribuição de OSs nos municípios de São Paulo segundo a faixa populacional (2021)

Gráfico 02: Diferenças médias em gastos totais em saúde por faixa populacional (Tukey HSD)

Gráfico 03: Fatores preditivos da adoção de OSs (Odds Ratio), 2021

Gráfico 04: Boxplot dos gastos municipais com OSs (2021)

Gráfico 05: Gastos com OSs por Ideologia (2021)

Gráfico 06: Dispersão da relação de gastos com OSs e despesa de saúde por habitante (2021)

Gráfico 07: Gráfico de Distribuição do Índice ASPS por Tipo de Gestão (2021)

Gráfico 08: Quantidade de OSs nos municípios de São Paulo segundo faixa populacional (2021)

Gráfico 09: Evolução da adoção de OSs municípios paulistas (2021-2024)

Gráfico 10: Tendência de adoção de OSs por orientação partidária dos prefeitos (2021–2024)

Gráfico 11: Evolução da força estatística de preditores na adoção de OSs (2021-2024)

Gráfico 12: Evolução da força estatística na explicação dos Gastos com OSs (2021-2024)

Figura 01: Matriz de Correlação de Spearman (2021)

Figura 02: Matriz de Correlação de Spearman (2022)

Figura 03: Matriz de Correlação de Spearman (2023)

Figura 04: Matriz de Correlação de Spearman (2024)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABH - Associação Brasileira de Hospitais

ABRAMGE - Associação Brasileira de Medicina de Grupo e Empresarial

ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

ADI - Ação Direta de Inconstitucionalidade

AIS - Ações Integradas de Saúde

ALANAC - Associação Nacional dos Laboratórios Farmacêuticos

ANC - Assembleia Nacional Constituinte

BM - Banco Mundial

CAPs - Caixas de Aposentadoria e Pensões

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CF – Constituição Federal

CFSPC - Conselho Federal do Serviço Público Civil

CNRS - Comissão Nacional da Reforma Sanitária

CNS - Conferências Nacionais de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASP - Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária

CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

CUT – Central Única dos Trabalhadores

CW - Consenso de Washington

DASP - Departamento Administrativo do Serviço Público

DNERu - Departamento Nacional de Endemias Rurais

FENAESS - Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde

FHB - Federação Brasileira de Hospitais

FHC - Fernando Henrique Cardoso

FMI - Fundo Monetário Internacional

FNS - Fundação Nacional de Saúde

IAPs - Institutos de Aposentadorias e Pensões

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

IPCA - Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo

IPCC - Instituto dos Problemas Contemporâneos da Comunidade

MARE - Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MES - Ministério da Educação e Saúde
MESP - Ministério da Educação e da Saúde Pública
MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social
MS – Ministério da Saúde
NAP - Nova Administração Pública
NPM - *New Public Management*
NPG – Nova Gestão Pública
OMS - Organização Mundial de Saúde
OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
OCU – Operações Consorciadas Urbanas
OS – Organizações Sociais
OSs – Organizações Sociais de Saúde
PAIS - Programa de Ações Integradas de Saúde
PDRAE - Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado
PDS - Partido Democrático Social
PDT - Partido Democrático Trabalhista
PFL - Partido da Frente Liberal
PL - Partido Liberal
PMDB - Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PPP – Parceria Público-Privada
PRN - Partido de Reconstrução Nacional
PSDB - Partido da Social Democracia Brasileira
PTB - Partido Trabalhista Brasileiro - Partido dos Trabalhadores
QUANGOS - *Quasi Autonomous Governmental Organizations*
RSB - Reforma Sanitária Brasileira
SESP - Serviço Especial de Saúde Pública
SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SPBC - Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SUCAM - Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
TCE/SP - Tribunal de Contas do Estado de São Paulo
TSE - Tribunal Superior Eleitoral
UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO I - A TRAJETÓRIA DO ESTADO BRASILEIRO: do patrimonialismo ao gerencialismo	
1.1 Introdução	16
1.2 A formação do Estado Brasileiro e suas especificidades	17
1.3 O conservadorismo na seara pública: modelos de administração patrimonial e burocrática.....	21
1.4 A Era das Reformas: a reforma gerencial no Brasil	26
1.5 A Política Econômica e as reformas estruturais do governo FHC	28
1.6 A Relação Estado e Economia: marcos entre neoliberalismo e gerencialismo	33
1.7 A questão política ideológica	35
1.8 Considerações finais.....	38
CAPÍTULO II – AS RAÍZES DA EXCLUSÃO: A trajetória da Saúde Pública no Brasil antes do SUS	
2.1 Introdução	40
2.2 Aspectos históricos acerca da construção do Sistema de Saúde Brasileiro.....	41
2.3 A saúde a partir do Governo de Getúlio Vargas até início da década de 1980.....	46
2.4 Considerações Finais.....	55
CAPÍTULO III - DEMOCRATIZAÇÃO DA SAÚDE: A construção de um Direito Fundamental na Assembleia Nacional Constituinte	
3.1 Introdução	57
3.2 Saúde e Democracia: os antecedentes da construção do sistema de saúde na Constituição de 1988.....	58
3.3 A Assembleia Nacional Constituinte: a construção de um novo sistema de saúde no Brasil.....	61
3.4 A Constituinte e a Saúde	62
3.4.1 A atuação da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio ambiente na ANC.....	63
3.4.2 Debates e votação no âmbito da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio ambiente.....	82
3.5 O público e o privado na saúde.....	86
3.6 Considerações finais	89
CAPÍTULO IV - AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE COMO ALTERNATIVA À GESTÃO DIRETA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	
4.1 Introdução	92
4.2 O Terceiro Setor no Brasil e sua relação com o Estado.....	94
4.2.1 As Organizações Sociais	97
4.2.2 A regulamentação das OS no estado de São Paulo.....	102

4.3 A participação privada no SUS: o gerenciamento de serviços de saúde por OSs.....	103
4.4 As Organizações Sociais em saúde e a lógica neoliberal.....	109
4.5 Considerações Finais	111

CAPÍTULO V – A ORIENTAÇÃO PARTIDÁRIA IMPORTA? Análise da influência da orientação partidária dos prefeitos no âmbito da gestão da saúde pública por OSs no estado de São Paulo (2021-2024)

5.1 Introdução	113
5.2 Partidos, Atores políticos e suas preferências.....	115
5.3 Partidos políticos, orientação partidária e Neoinstitucionalismo.....	116
5.4 A ideologia importa? Análise da orientação partidária frente à gestão de saúde por OSs.....	121
5.4.1 Seleção da amostra.....	121
5.4.2 Operacionalização das variáveis e técnicas de análise estatística.....	122
5.4.3 Análise empírica: fatores determinantes para adoção e intensidade de uso de OSs em municípios de São Paulo no primeiro ano de mandato.....	126
5.4.4 Adoção e intensidade de uso de OSs (2021–2024): consistência dos fatores estruturais e não significância da ideologia.....	144
5.4.5 Estrutura demográfica, capacidade fiscal e intensidade de gastos com OSs: análise por matrizes de correlação de Spearman.....	161
5.5 A tensão entre ideologia e estrutura.....	168
5.6 A ideologia como variável contingente: quando e onde ela opera.....	169
5.7 A lógica de escala: porte populacional, capacidade fiscal e o modelo de Oss.....	170
5.8 Pragmatismo de gestão sob restrição fiscal: para além da clivagem ideológica.....	170
5.9 Análise dos resultados e Discussões acerca dos limites da orientação partidária na gestão da saúde pública nos municípios de São Paulo	171
5.10 Considerações finais.....	176
CONCLUSÃO.....	179
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	186

INTRODUÇÃO

No Brasil a saúde foi reconhecida como um direito fundamental e universal pela Constituição de 1988, rompendo com o modelo anterior, no qual a assistência médica era concebida como benefício restrito a segmentos específicos da população, especialmente trabalhadores vinculados à Previdência Social. A partir da Assembleia Nacional Constituinte de 1987, consolidou-se o projeto de um sistema público estruturado sob os princípios da descentralização, universalização, integralidade e participação social, culminando na regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990.

A constitucionalização da saúde como direito de todos e dever do Estado materializou as reivindicações históricas do movimento da Reforma Sanitária, ao mesmo tempo em que estabeleceu um modelo de forte responsabilidade estatal na provisão dos serviços. Todavia, a própria Constituição preservou a possibilidade de participação complementar do setor privado. Assim, o SUS foi instituído em um ambiente normativo que combinava centralidade estatal com abertura à colaboração privada.

Paralelamente à consolidação constitucional, o Estado brasileiro enfrentava profunda crise fiscal e econômica nas décadas de 1980 e 1990. Dentro das nuances históricas do Estado brasileiro, a transição do modelo burocrático para o gerencial não representou apenas um ajuste técnico, mas também uma redefinição ideológica acerca da amplitude da atuação estatal.

No contexto da Reforma Gerencial surgiram as Organizações Sociais (OS), regulamentadas pela Lei nº 9.637/98. As OS representam instrumentos do Programa Nacional de Publicização, pois viabilizam a participação de entidades privadas sem fins lucrativos na gestão de serviços públicos mediante contratos de gestão, operando sob regime jurídico predominantemente privado. No campo da saúde, tal modelo implicou a transferência da gestão finalística de unidades públicas para organizações qualificadas pelo Poder Público, configurando um arranjo híbrido entre Estado e mercado.

A adoção desse arranjo representou, quando da sua criação, um ponto de clivagem ideológica relevante no debate político nacional, opondo defensores de maior flexibilização administrativa aos que associavam o modelo à privatização indireta de serviços públicos. À época, notava-se o avanço de orientações gerencialistas na administração pública, frequentemente associadas, embora não sem controvérsia na literatura (Pollitt; Bouckaert, 2017), às reformas de ajuste estrutural recomendadas por instituições como o Banco Mundial (Siqueira, Castro e Araújo, 2003). Para os fins desta tese, adota-se a perspectiva que identifica

no gerencialismo brasileiro uma confluência com a agenda neoliberal de redução da intervenção estatal direta.

O conflito entre um Estado prestador e um Estado regulador/fiscalizador tomou, assim, o cenário político em que as ideias neoliberais se expandiam amparadas pelo governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), ao qual o Partido dos Trabalhadores (PT) se opunha, sustentando a clássica dicotomia esquerda/direita.

A esse respeito, estudos anteriores (Schmidt, 2011) demonstraram a existência dessa clivagem ideológica no momento de formulação e aprovação da legislação federal, bem como na sua difusão inicial em nível estadual no que se refere às Organizações Sociais de Saúde (OSs). Entretanto, passadas mais de duas décadas da promulgação da Lei nº 9.637/98, inexistem outras evidências que esclareçam se a posição ideológica dos partidos exerce algum efeito sobre a utilização das OSs.

Tal ausência sustenta a questão propulsora desta tese: a orientação ideológica dos prefeitos exerce influência sobre a adoção e a intensidade de utilização das Organizações Sociais de Saúde (OSs) na gestão da saúde pública?

A literatura nacional tem abordado o tema predominantemente sob perspectivas jurídicas e administrativas, sendo escassas as análises empíricas no campo da Ciência Política, sobretudo aquelas que examinam o papel da ideologia nas escolhas concretas de gestão municipal. Apenas alguns trabalhos, como o de Carneiro (2022) acerca das coalizões partidárias e desempenho da atenção básica, exploraram determinantes políticos na gestão de saúde, porém sem apresentar as OSs como variável dependente específica. Assim sendo, esta pesquisa se faz necessária, a fim de preencher a lacuna da causalidade ideológica em arranjos público-privados da saúde em âmbito subnacional.

Neste estudo, ideologia é compreendida como um conjunto relativamente estável de crenças e orientações normativas sobre o papel do Estado na economia, especificamente na provisão de serviços públicos, fato frequentemente representado pelo eixo esquerda-direita. Embora a ideologia não seja diretamente observável ao nível individual do gestor público (prefeito), sua expressão ocorre por meio dos partidos políticos e de suas preferências programáticas. Assim, adota-se a filiação partidária do prefeito como *proxy* analítica das preferências que podem influenciar a decisão de utilizar OSs na gestão da saúde.

Embora se tenha adotado essa aproximação, é reconhecível que a filiação partidária constitui uma *proxy* imperfeita da orientação ideológica individual do gestor, sobretudo em municípios de menor porte, nos quais fatores pessoais e ambientais podem sobrepor-se às diretrizes programáticas do partido. Contudo, a posição do partido no eixo esquerda-direita

ainda representa o indicador mais consistente e disponível para orientação política do Executivo municipal.

Considerando como referência a tese de Norberto Bobbio (1995), segundo a qual esquerda e direita indicam programas contrapostos, representando contrastes não apenas nas ideias, mas também nos interesses e nas valorações a respeito da direção a ser seguida, esta pesquisa tem como objetivo verificar se a orientação partidária dos prefeitos é relevante na adoção e na intensidade de uso das OSs ao longo do mandato 2021-2024.

Embora o espectro político seja central em pesquisas que discutem o comportamento do eleitor, é fundamental questionar a permanência dessa dicotomia na gestão pública municipal contemporânea. Se no plano eleitoral a distinção entre direita e esquerda permanece mobilizadora, no âmbito da administração sua manifestação pode ser atenuada por fatores institucionais, fiscais ou estruturais. Por tal razão, esta pesquisa busca ir além da dicotomia eleitoral, investigando se e em que condições a orientação ideológica influencia decisões concretas na gestão da saúde pública municipal.

O presente trabalho investe na ideia de um alargamento dos estudos sobre direita e esquerda, trazendo-os para o campo das práticas de gestão administrativa local. Procura-se, a partir da análise da orientação partidária dos prefeitos e de suas ações na gestão da saúde pública no período de 2021-2024, efetuar o teste de três hipóteses centrais:

I) a orientação partidária dos prefeitos está associada de forma estatisticamente significativa à adoção de OSs nos municípios paulistas, sendo esse resultado consistente com a existência de uma clivagem ideológica na gestão da saúde;

II) a adoção de OSs é predominantemente explicada por fatores estruturais e pragmáticos, como porte populacional e capacidade fiscal, reduzindo o peso da orientação partidária nas escolhas de gestão municipal;

III) a orientação partidária dos prefeitos está associada à intensidade de uso das OSs, mensurada pelo volume de recursos financeiros repassados a essas entidades (valor absoluto);

Para testar essas hipóteses, foram analisados os 645 municípios do estado de São Paulo no período de 2021 a 2024. A variável dependente foi examinada sob duas dimensões: (i) adoção do modelo de OSs e (ii) intensidade de uso, medida pelo volume de recursos transferidos às organizações. A variável independente central foi representada pela orientação partidária do prefeito, categorizada em esquerda, centro e direita.

Além dessa introdução, o trabalho foi estruturado em cinco capítulos. No primeiro capítulo foi analisada a trajetória do Estado brasileiro, que culminou na Reforma Gerencial com a implantação do modelo de OS no Brasil. Objetivou-se demonstrar o contexto de criação

das OS e discutir o reordenamento das práticas de gestão pública no Brasil sob os aspectos histórico, político e econômico, enfatizando as discussões que aproximam o gerencialismo aos ditames neoliberais, em especial no que se refere à relação Estado e mercado, o que servirá de subsídio para análises posteriores.

Por sua vez, a compreensão do sistema de saúde brasileiro, e do que significou a participação das OSs dentro desse sistema, exigiu a análise da trajetória histórica da saúde pública, tema do segundo capítulo. Na sequência, o terceiro capítulo aprofundou o estudo histórico abordando a democratização da saúde com foco na análise do que foi debatido no âmbito da Assembleia Nacional Constituinte. A partir da análise das atas da Subcomissão de Saúde, Segurança e Meio Ambiente, o capítulo buscou apurar os principais episódios e o contexto político que moldaram o novo modelo constitucional da saúde.

Na sequência, o quarto capítulo discorreu acerca do modelo de gestão da saúde por OSs, elucidando o modelo de Estado que trabalha em parceria com organizações privadas. Objetivou-se demonstrar as especificidades e características dessa forma de gestão, findando as bases conceituais para a análise empírica.

O quinto e último capítulo apresentou a investigação empírica das hipóteses que nortearam este estudo. O objetivo foi testar se a orientação partidária dos chefes do Executivo municipal influenciou a adoção e a intensidade de utilização de OSs durante o mandato 2021-2024. Por meio da análise de dados sociodemográficos, financeiros e políticos, o capítulo buscou revelar a determinância do fator ideológico nas escolhas de gestão da saúde, oferecendo os subsídios para as conclusões finais desta Tese.

CAPÍTULO I - A TRAJETÓRIA DO ESTADO BRASILEIRO: do patrimonialismo ao gerencialismo

1.1 Introdução

O ato de governar possui uma dupla dimensão: a política, que envolve a tomada de decisões e a definição de leis e a administrativa, que se refere à gestão do aparelho estatal para alcançar eficiência e qualidade (Bresser-Pereira, 2010). Em dupla dimensão, a política abarca tanto os arranjos partidários quanto os arranjos administrativos e suas mútuas influências, aptas a mesclar momentos históricos, perfis ideológicos e técnicas de gestão.

No que tange aos arranjos administrativos, destacam-se as formas de gestão e de organização do Estado. Durante boa parte do século XX a burocracia mostrou-se como modelo ideal de gestão. Porém, a partir das transformações históricas e sociais, a gestão pública passou a demandar flexibilidade, rendimento e qualidade, valores incorporados ao Estado por meio do movimento gerencialista que, em linhas gerais, buscava uma aproximação entre as técnicas de gestão pública e de gestão privada. Por Estado Gerencial entende-se o corpo político e administrativo com movimentos simultâneos de descentralização e recentralização e por relações horizontais e verticais competitivas, nas quais o poder é flexibilizado e disperso (PAULA, 2005). Trata-se de uma vertente de administração que pode ser representada pelas ações de privatização, descentralização, regulação e que, num primeiro momento, vieram para se contrapor ao Estado Social e suscitar políticas de cunho liberal, visando à maximização dos resultados advindos da ação do Estado por meio de ganhos de rendimento e produtividade.

O movimento de reforma do Estado suscita questões circunscritas não apenas aos aspectos administrativos e econômicos, como também ao aspecto partidário, provocando discussões em torno das posições ideológicas dentro do espectro esquerda-direita. A par dos incentivos externos, houve nas reformas um componente intraestatal representado pela classe política que a incentivava.

Sob tal ótica, há necessidade de analisar as nuances do Estado brasileiro, sobretudo o sentido da reforma gerencial, pois dela vieram frutos que repercutiram nas ideologias políticas e no agir do político frente à sua afinidade como membro de certo partido, a exemplo da implantação das políticas de privatização e da relação do Estado com o Terceiro Setor.

Sendo assim, este primeiro capítulo apresenta as reformas do aparelho estatal, elucidando os fatores históricos, administrativos, econômicos e ideológicos que permeiam as mudanças na gestão pública brasileira. O capítulo discorre sobre a formação do Estado e seus

modelos de administração (patrimonial e burocrático) e, em seguida, analisa a era das reformas do governo FHC, a relação entre neoliberalismo e gerencialismo e as questões políticas e ideológicas que moldaram esse processo.

1.2 A formação do Estado Brasileiro e suas especificidades

A dimensão histórica mostra-se central no suporte teórico de uma pesquisa. A valorização da história implica analisar os contextos mobilizadores das ações humanas e que reverberam em ciclos, continuidades e rupturas. Assim, cumpre verificar a constituição do Estado no Brasil em suas especificidades, as quais conduziram e ainda conduzem os processos de reformas.

Mazzeo (1989) salienta que a sociedade brasileira se formou arraigada em um conservadorismo extremado, com ausência de perspectivas revolucionárias por parte das classes dominantes. Isso ocorreu em função da estrutura produtiva de caráter rudimentar, das relações de alijamento das camadas populares, da utilização da escravidão como fonte de mão-de-obra e da economia pouco desenvolvida, assentada em atividades extrativistas e rurais com pouca utilização tecnológica voltada à produtividade. Tais características culminaram na preponderância de uma burguesia agrário-mercantil, latifundiária e escravista no contexto da independência, a qual foi responsável por instaurar um Estado com diretrizes ideológicas sem perspectivas de participação popular.

Ainda segundo Mazzeo (1989) os portugueses que vieram para o Brasil trouxeram o arcabouço cultural existente na Europa, construindo uma sociedade conservadora, rígida na qual os donos da terra monopolizavam a riqueza e o poder político. Por isso, o novo latifúndio escravista moderno, marcado pelo capitalismo europeu e introduzido no Brasil no século XVI, influenciou todo desenvolvimento histórico-social do país, em especial a violenta repressão das massas populares que a escravidão encarnava e expressava.

Sabe-se que o marco da emancipação política brasileira, com a consequente formação do Estado independente, deu-se no momento em que a burguesia se munuiu de uma perspectiva de liberdade comercial movida pela decadência portuguesa. Entretanto, a ruptura com Portugal não representou uma proposta de mudança econômico-social capaz de visar o desenvolvimento das forças e relações de produção; não havia sequer indícios de ruptura da estrutura colonial brasileira. Havia somente uma pequena burguesia urbana com postura revolucionária, porém desprovida de bases que pudessem concretizar seus anseios desenvolvimentistas. Em razão

disso, foi a classe latifundiária que, além de assumir o processo de independência do Brasil, também criou um aparelho de Estado conforme suas posturas ideológicas.

Mesmo os entusiastas da independência, que se ancoravam na ideologia liberal como justificativa para estabelecimento da liberdade frente à metrópole portuguesa almejando uma nova estrutura de poder político, tinham a cautela de excluir outros segmentos, não integrantes da burguesia latifundiária e industrial, que compunham a sociedade brasileira (Mazzeo, 1989). Carvalho (2011) sustenta que esse liberalismo visava conciliar a liberdade econômica da burguesia com a estrutura escravista e o afastamento das classes populares do poder, fato que limitava pretensões verdadeiramente democratizantes.

Assim, com a independência, implementou-se uma pseudomudança, sem alteração do *status quo* anterior, de maneira que os grandes proprietários de terras se uniram aos estratos privilegiados para conquistarem o poder, perpetuando sua soberania econômica e social. Almejava-se a libertação das atividades produtivas do domínio metropolitano, porém sem alteração da estrutura socioeconômica, ainda apoiada no latifúndio e no trabalho escravo. Para tanto, a elite rural foi se apropriando do Estado, agora independente, e reproduzindo as mesmas concepções econômicas e sociais do período colonial. O ambiente político da Corte ou dos Governos Provinciais, bem como o cenário econômico das cidades foram, então, tomados pela cultura dos senhores rurais (Fernandes, 1976).

Portanto, uma das características primordiais do processo de independência foi o cuidado com a manutenção da mesma estrutura socioeconômica vigente no período colonial. Todo o processo fora conduzido de forma hábil pelas elites dirigentes, as quais temiam que tal ato propiciasse o levantamento dos escravos contra seus senhores. O fato da independência ter sido cuidadosamente articulada pelos escravocratas, permitiu que o apoio das classes populares fosse deixado a um segundo plano com pouca modificação da estrutura produtiva e social do país (Fernandez, 2011)

Imerso nesse contexto, no início do século XX, o Estado Brasileiro Republicano ainda se apresentava oligárquico e patrimonial com uma economia agrícola mercantil e uma sociedade de classes com resquícios do escravismo. Até 1930 a sociedade brasileira era predominantemente mercantil-senhorial, ao passo que o Estado assumia a forma oligárquica, composto por uma elite dirigente advinda das classes dominantes tradicionais.

A par desse conservadorismo, o Estado brasileiro despontou como substrato da doutrina liberal, acomodando formas de dominação tradicionais e formas de dominação criadas pela ordem legal. Fernandes (1976) analisa que as elites, embora adaptadas às formas de organização

de poder conforme as normas legais, não deixaram de impor a dominação estamental, privilegiando elementos patrimonialistas nas práticas políticas e na gestão estatal.

A elite colonial fundou o Estado e dele se apropriou, incorporando, ainda, um liberalismo conservador, que relegou a segundo plano as aspirações em democratizar efetivamente a sociedade brasileira (Batista, 2007). Conforme avaliou Fernandes (1976), a Primeira República tratou de preservar a coexistência de duas nações: uma, a minoria, que se incorporava à ordem civil; outra, a imensa maioria, que da ordem civil estava, total ou parcialmente, excluída.

Percebe-se que a classe dirigente se esgotava em um fechado círculo, exposto por Murilo de Carvalho (1981) ao aduzir que a construção do novo Estado Brasileiro se deu a partir das cinzas da administração colonial, fato que contribuiu para que a classe senhorial se tornasse a elite dirigente, cujas prioridades eram as reformas de viés conservador, bem como a centralização político-administrativa.

Assim como a formação estatal do Brasil ocorreu sem a participação das classes populares, o ingresso ao mundo capitalista operou-se, por conseguinte, com a manutenção da dominância da classe latifundiária. Oliveira (2003) argumenta que a expansão do capitalismo no Brasil introduziu relações novas no arcaico ao mesmo tempo que reproduziu relações arcaicas no novo, ao conciliar interesses oriundos da velha oligarquia e da nascente burguesia comercial. Disto proveio o caráter singular da burguesia brasileira, a qual se convergiu para o Estado e promoveu sua unificação no plano político antes mesmo da dominação socioeconômica, controlando o poder político conforme seus interesses particulares, de maneira a manter o domínio da aristocracia agrária (Fernandes, 1976).

No entanto, a partir de 1930, a sociedade passa a apresentar, com maior ênfase, um viés capitalista industrial. Ainda que o Estado Nacional Brasileiro fosse marcado pela conservação da organização arcaica do aparelho político-estatal, a Revolução de 1930 trouxe, para o plano econômico, o fim da hegemonia agrário-exportadora e o início da predominância da economia urbano-industrial, inaugurando uma nova correlação de forças sociais com a necessidade de reformulação do aparelho e da ação estatal, o que incluía o desfazimento das regras do jogo da economia agrária (Oliveira, 2003).

Paralelamente, instaurava-se a crise do mundo moderno, ou seja, a crise do Estado Liberal, com a substituição do individualismo pelo corporativismo: por um lado a burguesia solicitava atuação mais eficaz do Estado e, por outro, as massas exigiam assistência e previdência social. Nesse contexto, não caberia mais um Estado ausente; era necessário um Estado interventor capaz de coordenar e equilibrar a vida coletiva. Surgem, assim, a

sindicalização, os processos de coordenação de massas, a organização profissional, as legislações sociais, bem como novos processos para ordenação de riqueza no Brasil (Oliveira, 1978).

A crise política e as necessidades que inauguraram a década de 1930 foram cruciais para a desarticulação do sistema colonial e para a ruptura com os moldes da Primeira República, abrindo espaço para inclusão de normas sociais na mudança constitucional de 1934 (Cepêda, 2014). Novas forças sociais emergiram e entraram em ebulição, sobretudo nos quinze anos do governo Vargas. A partir desse momento, a sociedade brasileira tornou-se mais complexa com processos de urbanização, de industrialização e de migração populacional do campo para a cidade, formando novos paradigmas políticos, econômicos e culturais que reverberariam na organização administrativa vindoura.

A importância desse período foi atestada por Santos (1978) ao afirmar que entre os últimos anos da década de 1920 e os primeiros da década de 1940 foram produzidas as mais sutis análises sobre o processo político nacional, bem como as principais hipóteses sobre a formação e sobre o funcionamento do sistema social. De se notar, também, que tal período coincidiu com o fracasso da ortodoxia liberal - política de estado predominante na República Velha - em contraponto à nascente valorização das questões sociais. Cohn (2000) demonstra que somente na Era Vargas houve a inserção e a legitimação da questão social via regulamentação das relações de trabalho, a qual, ao lado da legislação sindical e previdenciária, formalizou o estatuto da cidadania para determinados segmentos sociais. Foi dessa maneira que setores populares, anteriormente marginalizados, passaram por uma espécie de ativação política, capaz de demandar concessões da elite da época.

Já no final da década de 1930, surgem os desdobramentos internos e externos: no Brasil a instalação do regime autoritário e no cenário internacional a eclosão da Segunda Guerra Mundial. No plano interno, o Estado Novo foi um regime autoritário e centralizador, cujo marco é representado pela entrada em vigor da Constituição de 1937, idealizada por Francisco Campos, ministro do governo de Getúlio Vargas. O Estado Novo representou, para seus idealizadores, um imperativo de salvação nacional por meio de uma administração forte, com centralização do poder nas mãos do chefe do Executivo Federal. Thomas Skidmore (2003) argumenta que Vargas seguiu tanto o fascismo europeu como o *New Deal* norte-americano, garantindo a estabilidade política por meio da ação dos militares e o funcionamento da administração centralizada por meio de tecnocratas.

O período compreendido entre 1930 a 1980, embora atravessado por dois retrocessos ditatoriais: um em 1937 e outro em 1964, foi politicamente marcado pela atuação positiva do

Estado (Estado Desenvolvimentista) e pela construção da democracia no Brasil. Após os períodos de autoritarismo, o Estado assumiu a forma democrática, em sua primeira fase, em 1946, e, posteriormente, em 1985 já transitando para uma democracia de sociedade civil, que engloba a opinião pública e não somente uma aliança de classes.

Em que pese as ondas de atuação estatal que aproximaram o Estado brasileiro ao modelo do Estado do bem-estar social e o democratizaram, é importante destacar que semelhante à formação do Estado independente, o processo de democratização da sociedade brasileira foi igualmente atravessado pelo conservadorismo da elite política. Desde seu nascedouro, tratou-se de uma democracia adstrita àqueles que teriam acesso à dominação burguesa, entendendo-se burguesia como a classe advinda da convergência da economia de exportação com a expansão do mercado interno e da produção industrial, de maneira a conciliar as origens coloniais e neocoloniais à revolução urbano-industrial (Fernandes, 1976).

O conservadorismo assolou a formação do Brasil desde o nascedouro e repercutiu, portanto, em sua recente democratização. Ainda que a Nova República tenha tentado atacá-lo, seus resultados foram tímidos. Tomando por base o conservadorismo como a valorização das práticas instauradas e das tradições, Adorno (1988) demonstra que o liberalismo no Brasil se apresentou como um sócio do conservadorismo, mostrando-se avesso aos movimentos populares que poderiam construir as bases da democracia. O liberalismo brasileiro preservou uma dinâmica conservadora e princípios autoritários, o que foi sentido para além do Brasil Imperial, abrangendo, inclusive a formação democrática.

1.3 O conservadorismo na seara pública: modelos de administração patrimonial e burocrática

Não apenas na formação do Estado Brasileiro como também na prática da gestão pública o conservadorismo predominou por grande período e ainda reverbera na seara estatal. Inicialmente patrimonialista, o Estado brasileiro erigiu-se sob as rédeas da oligarquia dominante, não mantendo claras as fronteiras entre o patrimônio público e o privado, de forma a ser corriqueira a utilização de recursos públicos em prol de benefícios egoísticos de determinado grupo.

Num conceito weberiano, o patrimonialismo é marcado pela dominação tradicional, a qual se manifesta, por exemplo, nos atos de governo. Weber (1982), intentando elucidar a forma pela qual o fenômeno da dominação opera nas relações sociais, apresenta três princípios básicos em que se validam as relações de autoridade: o burocrático-legal, que se origina nas leis,

estatutos e regras sancionadas pela sociedade; o tradicional, que se fundamenta na tradição e costumes; e o carismático, que decorre da devoção afetiva dos dominados em relação ao líder carismático. Para o autor, as legitimações básicas do domínio localizam-se, respectivamente, na legalidade em virtude da crença na validade do estatuto legal e na competência funcional (dominação burocrática-legal); na autoridade do “ontem eterno” refletido no domínio tradicional, cujo poder assenta-se no privilégio exercido pelo patriarca e pelo príncipe patrimonial de outrora (dominação tradicional) e, por fim, no dom da graça extraordinário e pessoal que, no campo político, é exercido pelo senhor de guerra eleito, pelo governante plebiscitário, pelo grande demagogo ou pelo líder do partido político (dominação carismática).

No fundamento de dominação tradicional - entendida dominação como “probabilidade de encontrar obediência a uma norma de determinado conteúdo entre determinadas pessoas indicáveis” (Weber, 2000, p. 33) - encontra-se a dominação patrimonial, que possui a legitimidade numa autoridade existente em tempos longínquos, uma autoridade patriarcal, que se manifesta de forma pessoal e suscita a sujeição aos caprichos e à subjetividade do dominador. É nesse sentido que se caracteriza o patrimonialismo como o tipo mais puro de dominação tradicional.

Assim sendo, o patrimonialismo trata de uma forma de exercício de dominação feita por uma autoridade legitimada pela tradição, a qual opera ao lado de um corpo administrativo escolhido por critérios unicamente pessoais. Caracteriza-se pelo poder arbitrário e pessoal do governante: o governante seria o patriarca ou o senhor, ao passo que os dominados seriam os súditos. A administração política é realizada como se pessoal fosse e o patrimônio público não encontra qualquer diferenciação em relação ao privado (Weber, 2000).

No patrimonialismo o comando assenta-se em normas tradicionais, por isso Weber (1982) o classifica como uma dominação estável, em virtude da solidez que o meio social apresenta. Tal comando volta-se para os valores e opiniões pessoais do chefe patrimonial, de forma a inexistir a noção de indivíduo como núcleo da política, como portador de direitos e necessidades.

Tomando por base as interpretações de Weber, Raymundo Faoro (2001) argumenta que o Estado patrimonialista é marcante na história do Brasil, pois configura o fruto de relações estabelecidas no período da colonização portuguesa e ecoa em problemas sociais ainda arraigados. Embora não baseado no sistema feudal - como em outros países nos quais o patrimonialismo continha a intermediação e a pluralidade de poder dos senhores feudais -, o modelo patrimonialista foi trazido para o Brasil durante a colonização e permaneceu predominante até o período Vargas, com a utilização do Estado pelo estamento para exercício

e manutenção do poder. Por estamento entende-se uma elite que possui efetivo poder político e traços aristocráticos, distinta do conceito de classe, já que esta carrega ideologias sociais, econômicas e de domínio de mercado, enquanto aquele não. Abaixo do estamento forma-se a estratificação e as relações de poder, com imposição de uma vontade sobre a conduta alheia.

Faoro (2001) demonstra que na constituição do Estado português não existia uma separação entre público e privado: tudo era do Rei, de forma que não haveria possibilidade de substituição do Rei por alguém que não fosse seu descendente. Por isso, a aristocracia rivalizava para fazer parte do governo, por meio do estamento burocrático. No Brasil esta característica se evidenciou com a chegada da família real, em 1808. Faoro percebe, no Brasil, a existência de um estamento burocrático, o qual cria uma situação de privilégios baseada na perpetuação de cargos públicos e se materializa a partir do momento em que o estamento se apropria da burocracia, comandando o ramo civil e militar da administração e dirigindo a esfera econômica, política e financeira. Destarte, é possível afirmar que o estamento possui como meio de poder o controle patrimonialista do Estado, sendo as elites patrimonialistas os verdadeiros donos do poder, fato que se mantém ao longo da história, visto que a minoria governa em todos os tempos e sistemas políticos (Faoro, 2001).

Por conseguinte, no que se refere aos modelos de administração no Brasil, tem-se que, ao se importar toda a estrutura administrativa do Estado Português, implantou-se, na colônia, um Estado patrimonial e conservador que reverbera na história brasileira. A elite patrimonialista imperial, cuja origem concentrava-se nas famílias proprietárias de terra, adquiriu autonomia sobretudo em função do saber acadêmico, em especial, o jurídico. Essa elite foi a responsável por construir um complexo sistema de agregados sob sustento do Estado, nos moldes em que público e privado se misturavam.

O modelo institucional patrimonialista tornou-se padrão no Brasil, tendo em vista que a partir desse fundamento, ao lado do conservadorismo que predominou na formação do Estado, é que se estruturaram a sociedade e outros fenômenos como a Independência, o Império e a República. A formação política e social brasileira, assevera Vianna (2005), foi marcada por moradores dispersos, agrupados em vilas e em microrregiões populacionais sem vínculos entre si, individualizados, unidos apenas pelo poder do governante. Predominava uma visão privatista do mundo, com indivíduos desprovidos de ações politicamente orientadas e facilmente cooptáveis, características que proporcionaram a dificuldade da separação entre público e privado e o fortalecimento do patrimonialismo.

Como sobredito, no patrimonialismo os critérios administrativos são pessoais, sem qualquer preocupação com a eficiência da máquina pública. José Murilo de Carvalho (1981)

observou que na história da administração brasileira a classe média, formada por profissionais liberais, em especial bacharéis, tinha como vocação o funcionalismo, cujo acesso conservava um caráter aristocrático. Nesse contexto, a elite política, letrada e conservadora, dominava, sem respaldo da democracia. Entre a elite e a população dominada existia a camada de funcionários públicos que possuía, garantido do Estado Patrimonial, o emprego e a sobrevivência (Bresser-Pereira, 2001).

A concepção patrimonial indica, portanto, um modelo em que a administração pública configura um braço do governante, o qual, por esta razão, gerencia toda a máquina pública conforme seus interesses e preferências. Na prática, tal modelo não permite a impessoalidade, a isonomia, a participação popular, os mecanismos de controle ou quaisquer outros instrumentos que possam limitar o poder do governante.

O patrimonialismo vigorou absoluto até que a aristocrática burocracia estamental começou a ter em seu meio elementos externos, de origem social mais baixa. Bresser-Pereira (2001) pontua que, a partir desse momento, abriu-se caminho para o surgimento da administração pública burocrática, fato que ocorreu no âmago da Primeira República. Além disso, a conjuntura econômica e política do final da década de 1920 reclamava novos ares para a gestão estatal.

A Primeira República (1889-1930) marcou a presença efetiva dos militares do Exército na aliança de poder, os quais ainda não haviam sido incluídos no estamento burocrático-aristocrático do Império. O regime ainda permanecia oligárquico, com uma participação eleitoral popular quase inexistente e uma conservadora estrutura econômica e de poder. A descentralização política ocorrida no Império, com o estabelecimento da Federação na Constituição de 1891, serviu apenas para aumentar o poder dos governadores e das oligarquias locais com o incremento da política dos governadores, pujante até 1930. Contudo, a transição do regime político oligárquico para o regime democrático, acentuada na década de 1930, e também a crise do liberalismo e as novas demandas de inclusão social geraram críticas ao sistema patrimonialista de administração, fazendo despontar o modelo de administração pública burocrática. Militares, que clamavam a ordem e o progresso estampados na bandeira do país, e aqueles que esperavam por democracia, estavam insatisfeitos, o que levou a uma aliança política instável, culminando com o Estado burocrático em Vargas (Bresser-Pereira, 2001).

A década de 1930 trouxe avanços importantes. Mesmo travado pela ditadura de 1937, o período Vargas destacou-se pela inclusão de direitos sociais e pelo avanço de direitos políticos. Os quinze anos de Vargas foram transformadores no que se refere à modificação administrativa e política, especialmente para o fortalecimento do poder da União sobre os estados federados,

para o impulsionamento da industrialização e para a inclusão de práticas sociais voltadas para o povo. O Estado que se forma após a Revolução de 1930 é burocrático, inserido numa sociedade em que o capitalismo industrial passa a preponderar e na qual surgem novas classes: a burguesia industrial e a classe média tecnoburocrática (Bresser-Pereira, 2001).

Nesse contexto, considera-se que a reforma burocrática do setor público brasileiro se inicia nos anos 1930, com Getúlio Vargas, concomitante ao surgimento de grandes organizações empresariais no setor privado, o que proporcionou a formação de uma burocracia moderna dirigida à produção, diferente daquela burocracia aristocrática apresentada por Faoro.

A burocracia moderna pertencia às camadas médias urbanas – pequena burguesia, profissionais liberais, empregados privados e servidores públicos civis e militares- e mostrava-se insatisfeita com o domínio da oligarquia cafeeira, agrário- exportadora, no campo político. A burocracia que se formava era distinta do estamento e se apresentava como um meio de combate ao patrimonialismo. A nova burocracia reivindicava o monopólio do conhecimento técnico e almejava a eficiência nos processos de trabalho, tendendo a fazer parte da classe dirigente.

A par de todos esses acontecimentos, despontava no Brasil um modelo de gestão pública que exigia uma forma de administração mais profissional e menos pessoal, em detrimento de um modelo puramente patrimonial. A administração burocrática voltava-se para a racionalidade formal da organização e para a efetividade das normas e regulamentos, em conformidade ao conceito weberiano de burocracia.

Max Weber (1978) descreveu um tipo ideal de organização, chamado Burocracia, que representa um sistema de controle social baseado na racionalidade (utilização de meios para alcance dos fins) e visa a eficiência na obtenção dos resultados esperados. Não se tratava mais da dominação tradicional e sim da dominação burocrática legal, cuja validade assentava-se sobre os fundamentos da competência. Por isso, a estrutura condizente com a dominação racional-legal seria a burocracia, que pressupunha impessoalidade, formalidade e profissionalismo, sendo superior em precisão, estabilidade, rigor, disciplina e confiança. A administração burocrática, portanto, assentou sua superioridade no conhecimento técnico, baseado no saber especificamente racional (Weber, 1978).

Mediante todas as modificações políticas, sociais e econômicas experimentadas, em 1936, Vargas conferiu maior concretude à reforma burocrática por meio da criação do Conselho Federal do Serviço Público Civil (CFSPC), reforçada pela Constituição de 1937, que instituiu a realização de concurso público para o provimento do funcionalismo do Estado, bem como previu a criação de um departamento administrativo junto à presidência da República, o

Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP), proeminente executor da reforma burocrática. Considera-se, como marco da burocracia no Brasil, a instituição do DASP pelo Decreto-Lei nº 579 de 30 de julho de 1938, órgão que procurava combater as práticas patrimonialistas na administração pública, fornecendo assistência técnica e parlamentar ao Presidente da República na elaboração, execução e fiscalização orçamentária.

A burocracia trouxe o formalismo como norte, no intuito de combater os privilégios e o pouco profissionalismo dos quais padecia o estado patrimonialista. Entretanto, com o passar do tempo, novos contextos se formaram e outras necessidades surgiram. Os processos burocráticos tornaram as ações do Estado lentas e, de certo modo, ineficientes. Assim, a administração brasileira necessitou se desvencilhar da burocracia e dos seus excessos, com vistas à melhoria e ao aprimoramento das ações estatais: despontava uma nova era de reformas.

1. 4 A Era das Reformas: a reforma gerencial no Brasil

O contexto da década de 1930 propiciou a crítica ao liberalismo e ao Estado Mínimo, assim como o crescimento estatal e as crises das décadas de 1980 e 1990 levaram a uma avaliação mais pessimista da intervenção e proatividade do Estado. Trata-se do caráter cíclico de ação do Estado, o qual demanda adaptações, também, nos modelos de gestão.

Durante os anos 1980 uma onda conservadora despontou no Brasil como consequência do modelo de Estado interventor. Sabe-se que o nacional-desenvolvimentismo teve como marco o movimento de industrialização, substitutivo das importações, tornando-se dominante no Brasil durante a década de 1950. Ideologicamente, prezava-se pela valorização nacionalista com boa aceitação da intervenção estatal na economia, haja vista que ao Estado caberia a proteção à indústria nacional como estratégia de crescimento. Entretanto, essa excessiva valorização do mercado interno acabou por colocar a economia brasileira em crise, já que o próprio mercado alcançou seu limite de consumo, causando baixa produtividade e pouco crescimento (Bresser-Pereira, 1996).

Em termos econômicos, o regime militar retomou a antiga estratégia de proteção à indústria nacional, porém com a promoção das exportações de produtos manufaturados. Igualmente, durante o regime militar, houve o incentivo à política tecnológica interna, visando o alcance da proficiência técnica em todos os setores. O modelo foi fortemente intervencionista com subsídio das indústrias nacionais e reserva para empresas estatais de parcela crescente do mercado de bens intermediários e de energia, a custo de empréstimos externos. Nesse contexto, em 1980, a dívida externa colocou o Brasil em uma crise fiscal que desorganizou e estagnou o

Estado, fazendo aflorar uma onda conservadora e neoliberal (Bresser-Pereira, 1996). Antunes (2001) destaca que, nesse período, o setor público não possuía solvência, a crise cambial se agravava, a atividade econômica e o emprego se contraíam, enquanto a inflação saía do controle.

Era certo que a área econômica necessitava de reparos, mas era igualmente necessário rever as formas de funcionamento do Estado e seus arranjos políticos. A administração burocrática brasileira, com traços marcadamente patrimonialistas e conservadores sem a consolidação de uma burocracia efetivamente profissional, aumentava os custos do Estado. Diniz (2001) demonstra que no Brasil nunca houve uma burocracia weberiana, mas sim um sistema no qual coexistiam princípios universalistas e meritocráticos com as tradicionais práticas clientelistas. Aliado a esta burocracia custosa para os cofres públicos, o campo político se abalava com o regime militar, com o fracasso dos planos efetuados para controle da inflação e, também, com a instabilidade gerada pelo *impeachment* de Fernando Collor de Mello.

A grande crise teve como causa, por um lado, a situação fiscal do Estado e seu modo de intervenção e, por outro, a crise política e a crise na forma burocrática de se administrar o Estado. Por isso, a mudança institucional e o ajuste fiscal caracterizavam os fundamentos da onda reformista (Rezende, 2002). Como consequência, surgia a necessidade de se redefinir funções, bem como de se fazer modificações na forma de intervenção do Estado no campo econômico e social, o que inaugurava um novo ciclo na história política e administrativa brasileira.

O início dos anos 1990 no Brasil foi, portanto, delicado e inserido num momento em que as ideologias neoliberais ganhavam força. As reformas almejavam implementar medidas de redução dos gastos públicos e do tamanho do setor público, cortes em programas sociais, extinção de agências governamentais e reorganização das estruturas administrativas (Rezende, 2002).

A fim de implementar a reforma gerencial, durante o primeiro mandato (1995-2002) do Presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC) foi criado o Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) sob o comando do então Ministro Luiz Carlos Bresser-Pereira, para reorganizar o setor público, facilitar o ajuste fiscal e modernizar as práticas de gestão. A cargo desse Ministério, a reforma foi introduzida com o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), em 1995, um documento no qual se apresentou um quadro teórico que envolvia a descentralização dos serviços públicos, o fortalecimento do núcleo estratégico do Estado, o compartilhamento de atividades com o setor não estatal e o mercado, a atualização de contratações externas, a autonomia para atividades executivas exclusivas do Estado por meio

da criação das Agências Executivas, a autonomia para serviços sociais e científicos por meio da criação das Organizações Sociais, a implantação da administração por objetivos e a concretização do princípio da transparência.

Inaugurava-se a Nova Administração Pública no Brasil (NAP), também conhecida por Reforma Gerencial, inspirada na *New Public Management* (NPM) já implantada em outros países. Apresentava-se a ideia de eficiência e redução de custos, que, num primeiro momento, tratou de se ajustar aos ditames liberais, trazendo a lógica empresarial para o setor público e reduzindo os campos de atuação estatal.

Bresser-Pereira (1998) aponta que a reforma do Estado envolveu quatro problemas interdependentes: (i) a delimitação do tamanho do Estado, na qual se inserem as privatizações, a publicização e a terceirização; (ii) a redefinição do papel regulador do Estado conforme sua menor ou maior intervenção no mercado; (iii) a recuperação da governança ou capacidade financeira e administrativa de implementar as decisões políticas tomadas pelo governo, que se daria pela superação da crise fiscal, pela redefinição das formas de intervenção no plano econômico-social e pela superação da forma burocrática de administração; (iv) o aumento da governabilidade, isto é, da capacidade política do governo de garantir legitimidade por meio da intermediação de interesses. Por tais razões, verifica-se que FHC visou promover uma mudança radical na agenda pública brasileira com reformas que almejavam implementar medidas de redução dos gastos públicos e do tamanho do setor público, cortes em programas sociais, extinção de agências governamentais e reorganização das estruturas administrativas (Rezende, 2002).

A redução dos custos públicos gerou controvérsias advindas da dicotomização entre política e administração, bem como do afastamento da administração pública de sua função social (Paula, 2005). Apesar das críticas, as reformas da NAP representaram um marco na forma pela qual o Estado era conduzido, caracterizando-se como um processo vultoso, que carece de ser compreendido em seus dois principais eixos: a política econômica e as reformas estruturais.

1.5. A Política Econômica e as reformas estruturais do governo FHC

O governo FHC tratou de colocar a sociedade brasileira nos trilhos do Consenso de Washington (CW) que recomendava políticas em defesa da macroeconomia, da economia de mercado e da abertura comercial. Esperava-se que nos anos 1990, após a estagnação e recessão

dos anos 1980, a América Latina adotasse medidas econômicas liberalizantes com mercados mais livres e Estados mais enxutos.

Para tanto, recomendava-se uma estratégia sequencial de três fases: a primeira destinada à estabilização macroeconômica com um superávit fiscal primário; a segunda dedicada às reformas estruturais, liberação financeira e comercial, desregulação de mercados e privatizações e a terceira adstrita à retomada dos investimentos e crescimento econômico (Fiori, 1998). Coadunando com tais estratégias, em sua primeira onda, a reforma gerencial visava o ajuste estrutural das economias em crise, altamente endividadas e em desenvolvimento. Posteriormente, em sua segunda onda, surgiriam as reformas de caráter institucional, com a reconstrução do Estado e a recuperação da governança para então se retomar o crescimento da economia.

Associa-se o CW, em sua versão de 1989, à ideologia neoliberal, o que Roy e Steger (2010) trataram de explicitar. Para os autores, as políticas que sumarizavam as ideias do Consenso - disciplina fiscal, redução dos gastos públicos, reforma tributária, juros de mercado, câmbio de mercado, abertura comercial, investimento estrangeiro direto com eliminação de restrições, privatização das estatais, desregulamentação, regulamentação e defesa da propriedade intelectual estavam intimamente relacionadas ao globalismo de mercado, tomado como um processo racional capaz de promover a liberdade individual e o progresso material do mundo. Tal relação demonstrava uma supervalorização da aplicação universal dos mercados e dos princípios do consumo em detrimento aos contextos sociais, fazendo parecer que a liberação do comércio e a integração global dos mercados pudessem beneficiar a todos, material e indistintamente.

A matriz do pensamento neoliberal encontrava-se presente nos principais pontos do CW. Tal matriz passou a ser fomentada por instituições financeiras internacionais como o Banco Mundial (BM) e o Fundo Monetário Internacional (FMI). Nesse contexto, que coincide com o início dos anos 1990, o aporte teórico neoliberal foi responsável por alicerçar reformas que enfatizavam o papel do mercado na promoção econômica e promoviam no Estado um processo de liberalização, que pode ser resumido, segundo Williamsom (1992), em prudência macroeconômica, liberalização microeconômica e orientação externa, pacote este bem diferente do até então predominante Estado centralizado e da economia nacionalizada da América Latina.

Em 1991 o BM, uma das principais instituições participantes do CW, publicou o Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial, definindo as novas atribuições estatais no campo econômico, no sentido de fomentar a interação entre Estado e mercado, bem como abandonar o dualismo entre o *laissez-faire* e o intervencionismo, de forma que o Estado viesse a

desenvolver uma relação amistosa com o mercado, complementando-o (*market-friendly approach*). Para tanto, estabeleceu-se um marco de atuação do Estado: o governo somente deveria atuar no que lhe fosse essencial, destinando as atividades não essenciais ao setor privado (Banco Mundial, 1991).

Um ano após a publicação do Relatório de Desenvolvimento Mundial, em 1992, o BM apresentou a maneira para a condução das também necessárias reformas estruturais. Estas deveriam ser conduzidas com base na categoria de governança (*Governance*), cujo ponto nevrálgico seria a qualidade da gestão pública e da engenharia institucional como ferramentas para o desejado enfoque amistoso entre Estado e mercado. Tratava-se de cuidar da maneira pela qual se administraria os recursos econômicos e sociais de um país, visando o desenvolvimento. Apresentava-se a boa governança como sinônimo de uma gestão sólida de desenvolvimento, tendo em vista que a experiência do BM demonstrou que seus desejados projetos não alcançariam resultados por razões associadas à qualidade da gestão governamental (Banco Mundial, 1992).

Nessa perspectiva, as reformas estruturais ganharam ênfase. O pacote reformador do BM colocava o Estado como um parceiro dos agentes privados e sugeria a incorporação da lógica privada na gestão pública, o que ocorreria com a melhoria do gasto e do orçamento público, contenção de custos, fortalecimento da gestão pessoal e dos serviços públicos, reforma do Estado por meio da racionalização do setor produtivo, fortalecimento das agências centrais de gestão econômica, descentralização e reforma tributária, submissão dos governantes e funcionários públicos à prestação de contas, supremacia da legalidade entre outros fatores (Banco Mundial, 1992).

Este cenário de reformas neoliberais fazia coro aos ditames da NGP no Brasil, a qual apregoava a criação de novas instituições legais e organizacionais para gerir o Estado, afastando elementos do patrimonialismo, do clientelismo e da burocracia não profissional. Buscava-se conceder autonomia para o administrador público, de maneira a privilegiar a gestão por qualidade, semelhante ao que já ocorria no setor privado. As reformas estruturais da administração pública se inspiravam nos modelos da administração privada por meio da liberdade de atuação, da criação de indicadores de desempenho e de mecanismos de controle social e, sobretudo, do implemento de mudanças nas estratégias de gestão.

A gravidade da inflação brasileira e o fracasso dos planos anti-inflacionários fez com que as reformas econômicas e estruturais se tornassem imperiosas no cenário nacional, necessidade esta que impulsionou à vitória o grupo político de FHC nas eleições de 1994. Considera-se o lançamento do Plano Real, em agosto de 1994, estratégia para estabilização da

inflação, um fator decisivo para a vitória de FHC nas eleições presidenciais contra o candidato de esquerda Luís Inácio Lula da Silva, do Partido dos Trabalhadores (PT), visto como radical e perigoso para a economia.

O grupo formado pelo Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), em conjunto com setores mais conservadores da política brasileira, como o Partido da Frente Liberal (PFL) e outros partidos, teve seu projeto político viabilizado pelo êxito do Plano Real em conter o processo inflacionário¹. Percebe-se que o controle da inflação foi uma política econômica bem-sucedida do grupo de FHC, conforme pode ser observado pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) ao longo dos meses a partir da implementação do Plano Real:²

Tabela 01: séries históricas mensais do IPCA

ANO	MÊS	VARIAÇÃO %			
		NO MÊS	3 MESES	6 MESES	NO ANO
1994	Janeiro	41,31	162,13	533,33	41,31
	Fevereiro	40,27	171,24	568,17	98,22
	Março	42,75	182,96	602,93	182,96
	Abril	42,68	185,71	648,92	303,73
	Maior	44,03	193,26	695,71	481,49
	Junho	47,43	202,97	757,29	757,29
	Julho	6,84	126,87	548,17	815,93
	Agosto	1,86	60,44	370,67	832,97
	Setembro	1,53	10,49	234,76	847,24
	Outubro	2,62	6,13	140,77	872,06
	Novembro	2,81	7,12	71,86	899,37
	Dezembro	1,71	7,31	18,57	916,46
1995	Janeiro	1,70	6,35	12,86	1,70
	Fevereiro	1,02	4,49	11,93	2,74
	Março	1,55	4,33	11,95	4,33
	Abril	2,43	5,08	11,75	6,87
	Maior	2,67	6,80	11,59	9,72
	Junho	2,26	7,54	12,20	12,20
	Julho	2,36	7,47	12,92	14,84
	Agosto	0,99	5,71	12,89	15,98
	Setembro	0,99	4,40	12,27	17,13
	Outubro	1,41	3,43	11,15	18,78
	Novembro	1,47	3,92	9,85	20,53
	Dezembro	1,56	4,51	9,10	22,41

Fonte: IBGE

Concomitantemente à estabilização dos preços na economia visando o controle inflacionário, a equipe de FHC levou a cabo a política de controle do gasto público, conferindo

¹ A esse respeito, ver entrevista de FHC em <https://www1.folha.uol.com.br/folha/dinheiro/ult91u86038.shtml>

² Fonte: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/precos-e-custos/9256-indice-nacional-de-precos-ao-consumidor-amplo.html?edicao=20932&t=series-historicas>

ao Estado um papel disciplinador da economia, com tamanho reduzido, por meio das reformas em suas estruturas.

Malan (2002) demonstra que o fim da hiperinflação mostrou o desequilíbrio das contas públicas do país, impulsionando as mudanças constitucionais e infraconstitucionais, a reforma da administração pública, a reforma do regime geral de previdência social, entre outras medidas. O economista, e também Ministro da Fazenda de FHC, ainda aponta como causa das reformas estruturais uma questão microeconômica básica que diz respeito à necessidade do aumento da eficiência operacional do Estado em seus três níveis de governo, com vistas a uma relação positiva entre tributos arrecadados e serviços prestados aos cidadãos.

O modelo gerencial, portanto, incluiu um forte aspecto estrutural, cujo problema assentou-se em como organizar os serviços do Estado, definindo o que incumbe ao núcleo estratégico, o que deve ser delegado para agências e o que pode ser privatizado. O aumento do Estado ocasionado por sua faceta Social/Desenvolvimentista, fez com que a administração burocrática, antes suficiente para um Estado menor - o liberal-, se tornasse ineficiente. O Estado desenvolvimentista evoluiu de forma irregular: alguns casos de forma profissionalizada e weberiana, porém, outros, de forma politizada e clientelista (Nunes, 1997). Também internamente era preciso reconfigurar as práticas do serviço público e as formas de sua prestação.

Portanto, procurando manter a economia estável e incluir índices de produtividade, reformas estruturais foram realizadas. O gerencialismo tratou de definir o núcleo estratégico do governo, para o qual foram destinadas as atividades exclusivas do Estado, como as que envolvem o uso de poder e a formulação de políticas. Feita esta definição e com o fim de retirar do núcleo estratégico e direto do Estado algumas atividades até então nele concentradas, surgiram as Agências Executivas e as Agências Reguladoras, administrativamente autônomas. Quanto aos serviços sociais e científicos como hospitais, museus, universidades e centros de pesquisa, estes foram destinados às organizações públicas não-estatais conhecidas por Organizações Sociais ou para instituições filantrópicas, quando financiadas pelo setor privado. Por fim, as atividades produtoras de bens e serviços para o mercado foram privatizadas, ficando a cargo não mais do poder público e sim de empresas comerciais.

O novo modelo de gestão compreendeu em sua estrutura organizações estatais, organizações públicas não estatais, organizações corporativas e o setor privado, sempre primando pelo atingimento de resultados com eficiência. Ao redor dessas organizações formou-se uma interdependência que inaugurou as novas relações entre Estado e economia.

1.6 A Relação Estado e Economia: marcos entre neoliberalismo e gerencialismo

Dados os aspectos econômicos e estruturais, a reforma gerencial no Brasil passa pela discussão da relação entre Estado e economia, mormente pelas formas de intervenção do Estado no domínio econômico e pela magnitude da atuação estatal.

O intervencionismo na economia possui como marco histórico o surgimento dos Estados Absolutistas. No plano econômico o Absolutismo empreendeu políticas mercantilistas e coloniais, de forma que o comércio se tornou um ramo da administração pública, propiciando um forte intervencionismo estatal na economia. Toda produção voltava-se para os interesses supremos do Estado Absoluto, o qual empreendia controle sistemático sobre a atividade econômica com a finalidade de acumular ouro, obter balança comercial favorável, desenvolver agricultura e a manufatura e estabelecer monopólios de comércio no estrangeiro (Ramos Filho, 2023).

No entanto, com o surgimento e fortalecimento da burguesia, emergiu o Estado Liberal, predominante no século XIX. O liberalismo apregoava que o desenvolvimento econômico se daria conforme as leis naturais do mercado, ao Estado caberia tão somente o estabelecimento de salvaguardas para que os indivíduos pudessem realizar seus próprios objetivos, principalmente a paz e os direitos de propriedade. Com o liberalismo houve a dissociação entre a atividade econômica e a atividade política e a predominância da economia de mercado, coordenada em função de um sistema de preços e mercados.

O Estado Liberal adotava uma função puramente negativa e abstencionista, pois seria esta postura a responsável pelo desenvolvimento dos indivíduos que, livremente, poderiam empreender com suas faculdades pessoais. Ao Estado caberia a defesa externa e interna, o relacionamento com outros Estados, a elaboração das leis e a administração da justiça, funções indispensáveis para a preservação da livre atividade entre os particulares (Ramos Filho, 2023).

Com o passar dos anos, o liberalismo permitiu um imenso acúmulo de riquezas e o conflito entre as classes patronais e as classes assalariadas, fomentado pela escassa atuação estatal. A igualdade defendida pelos liberais mostrou-se utópica, já que o desnível econômico e social entre os indivíduos não permitia a igualitária competição, fazendo com o que liberalismo se tornasse inadequado para enfrentamento dos problemas da sociedade e da natural desigualdade social e econômica dos indivíduos entre si.

A reflexão acerca do alargamento dos deveres estatais frente aos problemas que abatiam a sociedade, contribuiu para que um novo modelo ideológico surgisse: o Estado Social, Provedor ou Estado do Bem-Estar Social, dominante no século XX, ao qual Paulo Bonavides

(2001) credita a missão de libertar a sociedade da miséria, buscando superar a contradição entre a igualdade política e a desigualdade social, mediante a sistemática intervenção do Estado na economia.

Com a intensificação das relações entre Estado e mercado, as regras jurídicas também se modificaram, visto que as relações econômicas passaram a necessitar do amparo das normas de hierarquia superior. Foi assim que a Constituição Mexicana de 1917 e a Constituição Alemã de 1919, conhecida como Constituição de Weimar, inovaram ao disciplinar a ordem econômica e social, modificando as estruturas jurídico-institucionais do capitalismo. No Brasil este movimento passou a ser sentido após a década de 1930, mormente com a Constituição de 1934, acentuando-se no pós-Segunda Guerra Mundial.

Tem-se que o capitalismo do pós-guerra foi social e desenvolvimentista. Contudo, em virtude da queda da taxa de lucros ocorrida sobretudo no início da década de 1980, uma nova forma de capitalismo se configurou, com a promoção da abertura comercial e financeira e do predomínio das empresas multinacionais, fenômeno denominado capitalismo global rentista e financista ou globalização financeirizada, a qual veio acompanhada pela ideologia neoliberal (Bresser-Pereira, 2017)

Portanto, após o avanço do Estado Social houve um momento de retração da atuação direta do Estado na Economia com o surgimento do Estado Neoliberal que pretendeu adaptar as ideologias clássicas do liberalismo às condições econômicas e sociais do capitalismo moderno. Nessa concepção o Estado se faria presente na economia, porém não de forma propulsora como no Estado Providência, mas sim com a função de ditar regras de conduta, intervindo para resolução de conflitos e manutenção de equilíbrio. Trata-se de um modelo tendente à desestatização, com preponderância de um Estado Regulador, responsável por normatizar segmentos estratégicos da economia (Ramos Filho, 2023).

O Estado Social – também chamado Estado Desenvolvimentista nos países em desenvolvimento - foi atacado pelo neoliberalismo e seus objetivos de redução do tamanho estatal (Bresser Pereira, 2010; 2017). Afirmavam os neoliberais que seria preferível conviver com as falhas de mercado a consertá-las por meio do Estado. Por isso, rememoravam, de certa forma, o princípio político do Estado Mínimo e de medidas como desestatização da economia, valorização do setor privado e do livre mercado, desmantelamento do Estado do Bem-Estar social visto como ineficiente e dispendioso, fim da proteção ao capital nacional, entre outras características.

A onda ideológica neoliberal foi o plano de fundo para o surgimento da Reforma Gerencial do Estado. Embora Bresser-Pereira (2008; 2010) venha a afirmar que a reforma foi

um instrumento neutro, que tanto pode ser usado por uma administração conservadora quanto por uma administração progressista, percebe-se que a reforma do aparelho do Estado foi operada dentro do padrão de acumulação do capitalismo e visando modificar as relações entre Estado e mercado com o fortalecimento deste.

Com o surgimento da crise fiscal, da crise da balança de pagamentos, da recessão econômica mundial, o Estado brasileiro abandonou grande parte de seus instrumentos de promoção e intervenção, adotando reformas assentadas na redução das funções do Estado e na diminuição dos gastos públicos, tudo dentro de um ideário neoliberal prescrito por organismos financeiros e definido no Consenso de Washington como reformas de excelência no contexto de crise. Tais propostas foram disseminadas por toda a América Latina como sinônimo de modernidade e solução para as crises (Batista, 1995).

Acuña e Smith (1996) refletem que a onda de reformas do Estado não implica apenas um funcionamento mais eficiente dos órgãos administrativos, mas também se trata de uma reconfiguração dos limites entre o público e o privado na qual muitos interesses da sociedade civil são expulsos do Estado e abarcados pelo mercado. Os autores salientam ainda que a concentração de poder no Executivo, típica das reformas da América Latina orientadas para o mercado, reflete uma lógica política e econômica de transição de modalidades keynesianas para modalidades mais liberais de acumulação e de dominação política. O Estado se tornava paradoxal: mais forte e mais debilitado a depender do âmbito da política pública que opera.

O neoliberalismo apregoa uma transformação da ação pública e a reestruturação do Estado sob dois ângulos: por fora, com as privatizações que põe fim ao Estado produtor e, por dentro, com a instauração de um Estado avaliador e regulador. Apregoa-se um Estado mais flexível, reativo, fundamentado no mercado e orientado para o consumidor. Nesse sentido, a governança da empresa se transforma em governança de Estado, sendo esta a palavra-chave da onda neoliberal sob a qual o Estado é analisado conforme suas boas práticas econômicas.

Com o gerencialismo de inspiração neoliberal, as funções do Estado passaram a ser pensadas sob o conceito de governança e não mais de direito público e soberania (Dardot; Laval, 2016), características estas que se tornaram o substrato para o duelo ideológico entre partidários de direita e de esquerda.

1.7 A questão política ideológica

Segundo Knight (2006) o termo ideologia surge no interior da ciência política cunhado pelo Conde Antoine Destutt de Tracy, na obra *Elements d'Ideologie*, em 1817. Apesar de

controverso desde seu nascimento, o termo Ideologia carrega um acordo entre seus componentes essenciais que são: coerência, estabilidade e contrate. A ideologia remete a um conjunto coerente e estável de ideias interrelacionadas que compete ou contrasta com outro conjunto de crenças. A coerência também foi apontada por Gerring (1997) como componente central do conceito de ideologia. O autor refere-se à coerência como grau de adequação entre diferentes posições temáticas, entre posições temáticas e valores centrais ou entre quaisquer rubricas ideológicas anteriores e mais amplas.

A progressão da ideologia como conceito acabou por suscitar uma compreensão da política em termos de localização espacial no sentido esquerda-direita (ou liberal-conservadora) contribuindo para sua consolidação como categoria analítica e instrumento de classificação das disputas políticas (Knight, 2006). A teoria downsiana preleciona que os partidos se posicionam de acordo com o nível desejável de intervenção do Estado na economia, sendo a extremidade esquerda favorável à intervenção plena enquanto a extremidade direita adepta ao livre mercado e à redução do papel estatal. Nesse eixo, a clivagem central reside no grau de intervenção estatal na economia e na forma de provisão de serviços públicos.

A ideologia manifesta-se no cotidiano e não se restringe ao plano abstrato das ideias, expressando-se tanto em formulações discursivas quanto em práticas institucionais que desempenham função na reprodução social, dentro da coerência e estabilidade esperadas. Nesse sentido, torna-se possível a análise da Reforma Gerencial do Estado e de suas consequências dentro do espectro ideológico direita-esquerda, especialmente no que se refere às distintas concepções acerca do papel do Estado na gestão e provisão de serviços públicos.

As publicizações, privatizações, terceirizações, liberação comercial e desregulamentação foram taxadas como reformas neoliberais, conservadoras e contrapostas à interpretação nacional-desenvolvimentista moderadamente favorável à intervenção estatal, sob a qual a esquerda se apoiava. A crise econômica da década de 80 fez com que a direita passasse a adotar um discurso neoliberal de defesa do Estado mínimo, da desregulamentação e da abertura econômica. Por sua vez, nos setores progressistas houve resistência quanto ao abandono da interpretação nacional-desenvolvimentista por meio de tentativas fracassadas de implantação de um populismo econômico que se baseava, entre outros aspectos, no desenvolvimento orientado ao mercado interno, na proteção à indústria nacional, no desenvolvimento tecnológico, na justificação do déficit público, na coordenação econômica pelo Estado (Bresser-Pereira, 1996).

Quando das eleições presidenciais de 1989, nas quais concorreram o liberal Fernando Collor de Mello, pelo Partido de Reconstrução Nacional (PRN) e Luiz Inácio Lula da Silva,

pelo Partido dos Trabalhadores (PT), existia apreensão por parte das classes médias altas quanto à possibilidade de vitória da esquerda. Considera-se a vitória de Fernando Collor como o marco das mudanças que permitiram ao Brasil a montagem de uma estrutura institucional capaz de dar suporte aos ditames neoliberais (Antunes, 2001).

Logo no primeiro discurso de Fernando Collor, em 1990, as propostas apresentadas coadunavam-se com as medidas neoliberais de redução dos gastos públicos e do aparelho estatal. Tal fato pode ser constatado no documento “Brasil: um projeto de reconstrução nacional” enviado ao Congresso em 1991 e que argumentava sobre a necessidade de modificações na estrutura do Estado, sobretudo no que se refere à diminuição da intervenção estatal na economia. Contudo, a falta de sustentação partidária de Collor, aliada à pequena habilidade política e à instabilidade no cenário nacional levaram ao seu *impeachment*, agravando ainda mais a crise no Brasil. Seu sucessor, Itamar Franco, preocupou-se com o programa de estabilização econômica, implantando o Plano Real e tendo como Ministro da Fazenda FHC, que venceria as eleições presidenciais em 1994.

O ambiente de crise que se formara resultou na aplicação do Consenso de Washington, o qual apresentava como alternativa para o crescimento sustentado as reformas liberalizantes referentes à abertura comercial e financeira, à diminuição do tamanho do Estado e a privatizações. No Brasil, tal movimento se inicia com Fernando Collor por meio de um desmonte do Estado Desenvolvimentista. A partir de então o Estado deveria cuidar apenas de suas funções básicas, como segurança, justiça e estabilidade macroeconômica, deixando para o setor privado atividades que poderiam ser feitas de maneira mais eficaz e econômica. Mesmo com a queda de Collor, as aspirações do Consenso de Washington se materializam com Itamar Franco e, posteriormente, com Fernando Henrique Cardoso por meio de reformas que tendiam a consolidar o modelo neoliberal proposto no referido Consenso (Antunes, 2001).

Após o controle inflacionário, o governo neoliberal se voltou, então, para o tamanho e para a eficiência da máquina pública, considerados fatores associados ao elevado déficit público. Almejava-se a melhoria de resultados, a flexibilidade e a governança com a implementação eficiente de políticas públicas (Lopes, 2022), sendo a Reforma Gerencial a solução encontrada para tanto.

O regime adotado por FHC e a implantação do gerencialismo traziam padrões empresariais para a gestão pública, o que Dardot e Laval (2016) denominam “governo empresarial” com inserção de instrumentos privatistas e de gestão por resultados no setor público. À época, a esquerda tradicional se contrapunha às reformas do Estado orientadas para o mercado. Tal formação levou a uma posição ideológica oposta entre os defensores da reforma

gerencial (conservadores) e aqueles voltados à continuidade da atuação intervencionista e ampla do Estado (progressistas), sobretudo no que se refere à implementação das reformas e de suas novas instituições.

Deitos (2012) afirma que a reforma gerencial representou um rompimento com as práticas desenvolvimentistas que marcaram a história brasileira. Tal movimento fora liderado por sociais-liberais, dentre eles FHC, segundo um receituário neoliberal que colocou o Estado como elemento central no processo de acumulação e reorganização das classes produtivas e financeiras. Enquanto isso, o discurso petista, derrotado na eleição de 1994, tratava a administração pública gerencial como conservadora, cujas técnicas não poderiam ser conduzidas pela esquerda, a qual priorizava a participação popular nas eleições como forma de ampliar o controle e democratizar o Estado em detrimento à direita, que trazia novas ferramentas de gestão com o fim de tornar o Estado mais eficiente e de entregar serviços mais qualificados (Fontoura, 2018).

Como marco de uma mudança de paradigma, o gerencialismo apresentou - e ainda é capaz de apresentar - o condão de opor partidos de espectros diferentes, em razão dos rompimentos e inclusão de novos valores e da consequente questão ideológica que com ele foi suscitada.

1.8 Considerações finais

O gerencialismo, cuja origem é atribuída ao governo neoliberal de Margaret Thatcher (1979-1990) no Reino Unido, tratou de assemelhar o setor público à iniciativa privada, sobretudo no que se refere ao incremento da eficiência como norte para o funcionamento do aparato estatal. No Brasil, tal modelo foi implementado para combater um Estado historicamente conservador, burocrático, inchado, com resquícios do patrimonialismo e de uma burocracia às avessas, permeado por inúmeros problemas fiscais.

Neste capítulo aferiu-se que a reforma do Estado, ocorrida no primeiro mandato de FHC, se aproximou do modelo neoliberal, especialmente no que se refere à reconfiguração dos limites entre o público e o privado, à relação entre Estado e economia e à redução do campo de atuação direta do Estado. Embora alguns defensores da Reforma, como Bresser-Pereira (1996; 2010; 2017), queiram afastá-la do perfil neoliberal e dos ditames do Consenso de Washington, há críticos como Dasso Júnior (2006) que demonstram sua proximidade ao neoliberalismo, dada a intensificação das semelhanças entre a gestão do Estado e a gestão de uma empresa privada.

Percebeu-se que as reformas econômicas e as reformas estruturais do Estado abriram campo para dissidências ideológicas, em especial aquelas localizadas na orientação partidária. Mediante a crise que se instalara nas décadas de 1980 e 1990 no Brasil, a direita acabou por abandonar as aspirações intervencionistas, abraçando um discurso neoliberal de defesa do Estado mínimo, de desregulamentação e de abertura da economia brasileira, ao passo que setores progressistas ainda se prendiam ao nacional-desenvolvimentismo, com resistências à mudança neoliberal.

A Reforma Gerencial da Administração Pública trouxe conceitos que a aproximou do neoliberalismo, em especial naquilo que se refere à redução do campo de atuação do Estado e à valorização da iniciativa privada, a qual tornou-se parceira do Estado inclusive na prestação de serviços públicos, a exemplo do que ocorreu com o implemento das Organizações Sociais (OS) atuantes em áreas específicas como a saúde.

É certo que os frutos da Reforma Gerencial brasileira, como as Organizações Sociais, vieram para aproximar o Estado do mercado, com flexibilização e redução do tamanho estatal, fato que ocorreu pouco após a promulgação de uma Constituição garantista e num contexto de uma democracia pouco antes inaugurada. Portanto, a presença do contraponto ideológico entre uma saúde gerida pelo próprio Estado e uma saúde gerida por uma organização privada se mostra sensível para aprofundamentos, o que se fará nos capítulos seguintes.

CAPÍTULO II – AS RAÍZES DA EXCLUSÃO: A trajetória da Saúde Pública no Brasil antes do SUS

2.1 Introdução

A construção do sistema de saúde no Brasil passa pela evolução político, social e econômica da sociedade, a qual gerou ciclos e necessidades que reverberaram na luta pelo fortalecimento da saúde pública, culminando com a incorporação da saúde como direito social na Constituição promulgada em 1988, bem como na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990.

Por muito tempo, o acesso ao sistema de saúde mostrou-se excludente. Prevalecia um padrão de cidadania regulada (Santos, 1987), no qual o acesso aos serviços de saúde dependia da inserção formal no mercado de trabalho com privilégios para determinadas classes, a exemplo dos setores urbanos. A historicidade demonstra uma lenta e gradual evolução do modelo de saúde brasileiro, que se inicia no papel desenvolvido pelas Santas Casas de Misericórdia e desemboca nas obrigações do Estado frente à manutenção da saúde e à erradicação da doença.

De início, quando da colonização, o incentivo ao desenvolvimento do setor de saúde no Brasil era praticamente inexistente. Tal quadro começa a se modificar com a chegada da família real portuguesa e sua corte, sobretudo com investimentos em infraestrutura, vacinas, cursos universitários e fiscalização da higiene pública. No evoluir histórico e sob a influência de questões econômicas e científicas, o sistema de saúde brasileiro incorporou o modelo do sanitarismo campanhista, no início do século XX, concentrado na prevenção de doenças por meio de campanhas de vacinação e de higiene, modelo que predominou por grande período até, aproximadamente, a década de 1940.

O modelo do sanitarismo campanhista adveio num momento em que a economia brasileira era agroexportadora, com predomínio da monocultura do café. A ideologia da saúde pautava-se na teoria dos germes, na qual o adoecimento resultava da relação direta entre agente e hospedeiro. Por isso, havia grande preocupação com uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportadoras, visto que a erradicação e controle de doenças era fundamental para evitar a contaminação de produtos e o prejuízo às exportações (Mendes, 1996).

Posteriormente, junto ao processo de industrialização e êxodo rural emergentes no Brasil, surge o modelo médico-assistencialista, o qual privilegiava o caráter curativo com

intervenções sobre o corpo por meio de procedimentos e medicamentos, sendo predominante na década de 1960 até o final dos anos de 1980, quando, então, houve a democratização e pluralização dos serviços de saúde graças ao movimento da Reforma Sanitária e ao advento da Constituição de 1988.

Este capítulo pretende apresentar um resgate dos determinantes históricos que compõem a construção do Sistema de Saúde Pública Brasileiro entre os tempos do Brasil Colônia e a década de 1980. Para tanto, na seção seguinte, serão apresentados os aspectos históricos da construção do sistema de saúde até o período que antecedeu o governo de Getúlio Vargas. Em seguida, por representar uma sensível mudança de paradigma na saúde pública, serão explorados, em seção específica, os marcos da saúde do período Vargas até a década de 1980. Por último, serão apresentadas as considerações finais do capítulo.

2.2 Aspectos históricos acerca da construção do Sistema de Saúde Brasileiro

Ainda nos tempos do Brasil colônia, o desenvolvimento da área de saúde no Brasil era bastante incipiente. Apesar de solicitações constantes ao Rei da presença de médicos, grandes eram as dificuldades de se encontrar profissionais dispostos a migrarem para o Brasil. Muitas doenças infecciosas, como a tuberculose, chegaram em terras brasileiras junto dos europeus. Outras, como a varíola – principal causa de mortes do período colonial - foram trazidas pelos escravos africanos. Sobretudo nos primeiros anos de colonização, o curandeirismo foi largamente utilizado como um tipo de medicina baseada em conhecimentos populares adquiridos por meio do empirismo, tendo em vista a escassez de médicos (Rosemberg, 2018).

A medicina europeia não era semelhante à medicina praticada no Brasil Colônia. No Brasil, entendia-se a doença como um castigo ou provação, fortemente relacionada a crenças religiosas, enquanto as práticas de cura ficavam circunscritas à manipulação de plantas, banhos, inalação de vapores e outras técnicas.

Com a chegada dos padres jesuítas ao Brasil as Santas Casas de Misericórdia foram instaladas em terras brasileiras a partir de 1539, em Olinda. Em 1543, dá-se a construção da Santa Casa, fundada em Santos, por Brás Cubas, a Irmandade da Misericórdia e o Hospital de Todos os Santos. Posteriormente, foram criadas Santas Casas em Vitória (1545), Salvador (1549), São Paulo (1560), Rio de Janeiro (1582), João Pessoa (1602), Belém (1619) e São Luís (1657). As Santas Casas de Misericórdia foram as pioneiras no cuidado à saúde da população, antecipando-se, até mesmo, ao Estado (Rosemberg, 2018).

No contexto colonial, a assistência aos necessitados incumbia à caridade cristã, enquanto os militares eram acolhidos por famílias ricas e atendidos por cirurgiões militares sob o encargo do governo da colônia (Paim, 2012). Predominava a ideia de assistência à saúde como uma prática de caridade.

Anos após, em 1808, dá-se a chegada de Dom João VI ao Brasil, juntamente com a Corte Portuguesa, ocasião em que o país passa a receber mais investimentos em infraestrutura. Assim, em 18 de fevereiro de 1808, Dom João VI criou a primeira faculdade de medicina no Brasil denominada Escola de Cirurgia da Bahia. Pouco após, em 05 de novembro de 1808, foi criada a Escola de Anatomia, Cirurgia e Medicina, no Rio de Janeiro, ambas representando marcos importantes para o avanço da medicina no Brasil (Rosemberg, 2018).

Ainda no sentido de aprimorar as ações em prol da saúde, em 22 de janeiro de 1810 foi publicado um Alvará que deu regimento ao provedor-mor de Saúde da Corte e Estado do Brasil e adotou o sistema de quarentena para combater a disseminação de doenças epidêmicas.³ No que se refere à vacinação, em 1811, D. João VI criou a Junta Vacínica da Corte com a finalidade de implementar a vacinação no país. Percebe-se a preocupação que dominava o país, agora abrigo da corte, quanto à prevenção de epidemias.

Portanto, com a transferência da família real para o Brasil, o quadro de saúde sofre modificações: o cargo de físico-mor do reino e cirurgião-mor dos exércitos foi estabelecido nos moldes existentes em Portugal, sendo que a partir de 1828 a responsabilidade sobre a saúde pública foi atribuída às municipalidades, por meio da lei de municipalização dos serviços de saúde, promulgada em 30 de agosto. Tal lei conferiu às Juntas Municipais as funções antes exercidas pelo Físico-Mor, Cirurgião-Mor e seus delegados. Também em 1828 foi inaugurada a Inspetoria de Saúde dos Portos para que embarcações com passageiros doentes fossem submetidas à quarentena (Bertioli Filho, 2011).

Durante o Império várias inspetorias de higiene foram criadas como resultado de uma nova reforma dos serviços sanitários. Contudo ainda circunscrita a uma organização sanitária rudimentar e centralizada, ineficiente perante as epidemias e incapaz de assegurar assistência a todos os doentes indiscriminadamente (Paim, 2012).

Em 1829 é criada a Junta de Higiene Pública, destinada ao controle de doenças da população. Também em 1829 ocorreu a instituição da Academia Nacional de Medicina, a qual tinha por finalidade ser um órgão consultor nas questões de saúde do Brasil e que passou a publicar, a partir de 1831 os Seminários de Saúde Pública, posteriormente denominados Anais

³ Fonte: <https://mapa.an.gov.br/index.php/assuntos/15-dicionario/65-dicionario-da-administracao-publica-brasileira-do-periodo-imperial/275-lazareto-da-ilha-grande>

da Academia Nacional de Medicina, a mais antiga publicação ininterrupta da área de saúde no Brasil (Rosemberg, 2018).

A despeito dos avanços relatados, entre 1828 e 1840 várias epidemias assolaram o Rio de Janeiro, fato que despertou a necessidade de reorganização dos quadros sanitários do Brasil. Por consequência, em 1846 foi criado, pelo Decreto nº 464, o Instituto Vacínico do Império, no Rio de Janeiro, o qual possuía como objetivo o estudo e melhoramento da propagação da vacina antivariólica no Brasil. Nessa época as atividades de saúde pública limitavam-se às atribuições sanitárias das juntas municipais, ao controle dos navios e portos e às atividades de autoridades vacinadoras, fato que promoveu condições para que a tuberculose amplificasse sua ocorrência e letalidade⁴.

Iniciando uma nova etapa de organização da higiene pública brasileira, a Junta de Hygiene Pública tornou-se, em 1851, a Junta Central de Hygiene Pública, cujo objetivo era o controle do exercício da medicina e a inspeção de alimentos, vacinações, farmácias, açougues entre outros. Posteriormente, em 1876, o Decreto 6.387, de 15 de novembro, passou a regular os serviços sanitários locais com o funcionamento de comissões sanitárias que exerciam a polícia de higiene domiciliar. Como consequência, várias leis sobre saúde pública passaram a ser editadas (Rosemberg, 2018).

Com o advento da República, em 1889, projetos mais modernos para a saúde foram surgindo. O movimento inicial de industrialização que se sucedia no Brasil e a introdução da lógica capitalista de produção fizeram com que ocorresse um crescimento populacional próximo às fábricas, fato que, ao lado das condições precárias de saneamento e de higiene, gerou grandes surtos de doenças infecciosas. Esse quadro proporcionou uma intensificação de medidas de saneamento e da medicina higienista.

Despontavam no Brasil várias doenças infecciosas, em especial a febre amarela e a malária. Como formas de combate, os médicos sanitaristas utilizavam-se dos conhecimentos tecnológicos disponíveis à época, como medicamentos e vacinas. Uma importante estratégia desenvolvida para alcançar as pessoas nas mais diversas regiões foram as campanhas, fato que caracterizou o modelo sanitarista campanhista, cujo objetivo era prevenir doenças através de campanhas, bem como por meio de intervenções em espaços urbanos estatais.

Desse modo, os estados passaram a investir na criação de serviços sanitários, a exemplo do Serviço Sanitário Paulista, instituído em 1892, organização que acabou por se tornar referência para outros estados. Ainda visando o melhoramento das ações de saúde, foi criada

⁴ Fonte: <http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>

por meio do Decreto nº 2.449 de 1897 a Diretoria Geral de Saúde Pública a partir da fusão da Inspetoria Geral da Saúde dos Portos e do Instituto Sanitário Federal, cuja função era a direção dos serviços sanitários dos portos marítimos e fluviais, fiscalização do exercício da medicina e farmácia, estudos sobre doenças infectocontagiosas entre outras. No mesmo intuito, em 1899, o Rio de Janeiro criou Instituto Soroterápico de Manguinhos (Fundação Oswaldo Cruz), com objetivo de produção de soro e vacina para febre amarela.

As doenças infecciosas e epidemias também estimularam o surgimento de outras importantes instituições para a saúde pública brasileira já nos anos de 1900: o Instituto Soroterápico Federal, transformado em Instituto Oswaldo Cruz, e o Instituto Butantã, os quais trouxeram novas estratégias para o combate às doenças transmissíveis (Rosemberg, 2018).

A partir desses marcos, a responsabilidade pelas ações em saúde passou a ser atribuição dos estados, ao passo que em âmbito federal os serviços de saúde ficaram sob a incumbência da Diretoria Geral de Saúde Pública, a qual atuava subsidiariamente em questões cuja atribuição não competia aos estados, por exemplo, a vigilância sanitária dos portos (Paim, 2012).

Em 1903 Oswaldo Cruz assumiu a Diretoria Geral de Saúde Pública, deflagrando e intensificando as campanhas para o saneamento, sobretudo a campanha contra a febre amarela. Com o apoio da polícia sanitária, adotou e disseminou políticas de combate, inclusive com multas e demolição de imóveis insalubres. Em seguida, Oswaldo Cruz iniciou o combate à peste bubônica com a notificação compulsória de casos, isolamento e aplicação de soro aos doentes.

Já em 1904 uma lei federal foi editada para obrigar a vacinação contra a febre amarela em todo o território nacional, fato que fez surgir a Revolta da Vacina, movimento de consideráveis proporções que marcou a história da Saúde Pública Brasileira e ocasionou o sufocamento da lei da vacina obrigatória, reduzindo o número de vacinações nos anos subsequentes (Galvão, 2009). Em 1908, Cruz reestrutura todos os órgãos de saúde e higiene do Brasil⁵.

Novo regulamento para a Diretoria Geral de Saúde Pública é inaugurado em 1914, contudo com características semelhantes ao que já era vigente, em especial quanto à política sanitária marítima e a polícia sanitária dos municípios (Galvão, 2009). Posteriormente, em 1920 a Diretoria Geral de Saúde Pública foi reestruturada e passou a denominar-se Departamento Nacional de Saúde Pública, o qual incentivou a produção de propagandas sobre educação

⁵ Fonte: <http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>

sanitária, a criação de órgãos específicos de combate à tuberculose, lepra e doenças venéreas, além de priorizar a assistência hospitalar, infantil e higiene industrial.

Na década de 1920 o transporte ferroviário despontava como setor fundamental para a economia brasileira. Semelhante aos portos, as ferrovias eram para o Estado um setor sensível e que demandava proteção. Com a finalidade de estabelecer uma proteção ao trabalho da categoria dos ferroviários de forma a evitar paralisações, o deputado Eloi Chaves apresentou na Câmara o projeto de criação das Caixas de aposentadorias e pensões para o setor. Assim, em 24 de maio de 1923, foi promulgada a Lei Eloi Chaves que criava a assistência previdenciária com as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) para cada uma das empresas de estradas de ferro, cujo objetivo era a prestação de serviços médicos e farmacêuticos aos empregados e dependentes, bem como a concessão de aposentadorias e pensões (Buss, 1995; Mercadante, 2002;). Dada sua importância, a Lei Eloi Chaves é considerada um dos primeiros esforços para criação do sistema previdenciário brasileiro e de proteção ao trabalho no Brasil.

Diante de epidemias e doenças endêmicas foram sendo estabelecidas políticas de saúde e a formação de uma comunidade científica voltada para a pesquisa biomédica. No entanto, àquela época, a saúde ainda não era tratada como uma questão social. Conforme analisado por Paim (2012) prevaleceu durante a República Velha (1889-1930) a concepção liberal do Estado com uma espécie de “não sistema de saúde”, no qual a omissão do poder público era clara. Galvão (2009) aponta a insensibilidade do Estado ante os problemas de saúde da população exemplificando o caso da tuberculose que predominava nos setores populares, em virtude da baixa importância conferida a este setor e à não aceitação de medidas de controle propostas por cientistas, como Oswaldo Cruz, fato que desnudou os limites do modelo sanitário vigente.

Tabela 02: Marcos Históricos da Saúde Pública Brasileira: do período colonial até 1930

1539	Criação da 1ª Santa Casa de Misericórdia no Brasil, em Olinda
1543	Criação da Santa Casa de Misericórdia em Santos
1545	Criação da Santa Casa de Misericórdia em Vitória
1549	Criação da Santa Casa de Misericórdia em Salvador
1560	Criação da Santa Casa de Misericórdia em São Paulo
1582	Criação da Santa Casa de Misericórdia no Rio de Janeiro
1602	Criação da Santa Casa de Misericórdia em João Pessoa
1619	Criação da Santa Casa de Misericórdia em Belém
1657	Criação da Santa Casa de Misericórdia em São Luis
1808	Criação da 1ª Faculdade de Medicina no Brasil, a Escola de Cirurgia da Bahia

1808	Criação da Escola de Anatomia, Cirurgia e Medicina no Rio de Janeiro
1810	Publicação do Alvará de 22 de janeiro de 1810, que criou o sistema de quarentena no Brasil
1811	Criação da Junta Vacínica da Corte
1828	Promulgação da Lei de Municipalização dos serviços de saúde
1829	Criação da Junta de Higiene Pública
1829	Instituição da Academia Nacional de Medicina
1831	Início das publicações dos Seminários de Saúde Pública, posteriormente denominados Anais da Academia Nacional de Medicina
1846	Criação do Instituto Vacínico do Império
1851	Criação da Junta Central de Higiene Pública
1876	Promulgação do Decreto 6.387 que regulou os serviços sanitários
1892	Criação do Serviço Sanitário Paulista
1897	Criação da Diretoria Geral de Saúde Pública
1899	Criação do Instituto Soroterápico de Manguinhos
1900	Criação do Instituto Soroterápico Federal
1900	Criação do Instituto Butantã
1903	Intensificação das Campanhas de Saneamento no Brasil
1904	Revolta da Vacina
1908	Reestruturação dos órgãos de saúde e higiene no Brasil
1920	Criação do Departamento Nacional de Saúde Pública
1923	Promulgação da Lei Eloi Chaves e criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs)

Fonte: elaboração própria.

2.3 A saúde a partir do Governo de Getúlio Vargas até início da década de 1980

No início da década de 1930 dois fatos concederam um novo rumo à construção do sistema de saúde brasileiro: o primeiro referente à crise do café, agravada pela quebra da bolsa de Nova York, em 1929, que deslocou o centro da economia do país para as áreas urbanas e possibilitou o desenvolvimento da medicina curativa com vistas a cuidar dos corpos dos trabalhadores, a fim de manter sua capacidade produtiva, em detrimento ao antigo modelo de saúde que visava apenas sanear espaços de circulação de mercadorias (Buss, 1995). E o segundo fato pontuado pelo governo Getúlio Vargas e o modelo de Estado intervencionista. Desse modelo de Estado derivaram reformas legislativas que proporcionaram a criação de uma nova estrutura de Previdência Social e de saúde, já que a partir daí a questão social passou a ser vista como um caso atrelado à política (Ianni, 1992).

Nos anos que compreenderam o período de 1930 até 1945 houve a ampliação e maior controle do Estado frente à Previdência Social e, conseqüentemente, à saúde. Em 14 de novembro de 1930 foi criado o Ministério da Educação e da Saúde Pública (MESP), o que repercutiu no controle de doenças infecciosas por meio da implementação do Serviço Nacional de Febre Amarela e na construção de hospitais especializados para tratamentos de problemas como a tuberculose. O MESP, que incorporou o Departamento Nacional de Saúde, foi fruto da reforma administrativa de Vargas, cujo intuito era fortalecer a organização administrativa federal e introduzir medidas de racionalização administrativa (Hochman, 2005).

Tratava-se de uma época permeada pela consolidação dos processos de industrialização e êxodo rural brasileiro, com o aumento das lutas e reivindicações dos trabalhadores. Como resposta, a partir de 1932 começaram a ser criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), um esboço do que hoje configura a Previdência Social. Os IAPs vieram para substituir as Caixas de Aposentadorias e pensões (CAPs), com a criação de um instituto para cada categoria de trabalhadores. Assim, havia o IAPC que representava os comerciários, o IAPB que representava os bancários, sendo que todos contavam com o vínculo contributivo formal e com a participação do Estado na administração, controle e financiamento: o Estado colaborava com 15% do total da receita, sendo o restante custeado pelos trabalhadores e patrões (Fortes, 2011).

No entanto, o trabalhador não contribuinte não se acobertava de qualquer proteção: estavam excluídos dos IAPs os trabalhadores rurais, profissionais liberais e os que exerciam profissões não reconhecidas pelo Estado. Havia também diferenciações com base na capacidade de contribuição e organização de cada categoria, sendo que cada IAP organizava sua rede de serviços e assistência médica hospitalar.

Com a promulgação de uma nova Constituição, em 1934, inaugura-se o Estado social brasileiro que reconhece o papel do Estado na implementação de políticas sociais, dentre elas, a saúde (Bonavides; Andrade, 1991). Assim, cuidar da saúde passou a ser competência expressa da União e dos estados (art. 10, II, CF/34). Embora o direito à saúde ainda não tenha sido visto como direito social, mas como um direito corporativo já que dado apenas àqueles que faziam parte de uma relação laboral (Pinheiro; Romero, 2012), a CF/34 proporcionou a inclusão de um novo conceito de responsabilidade estatal que repercutiria na vida política brasileira nos anos vindouros. A Carta de 1934 costuma ser apontada como a primeira Constituição do Brasil a conter normas programáticas e a conferir à saúde um tratamento específico até então inexistente nas Cartas anteriores. Em 1937 nova Constituição é outorgada com termos mais autoritários, sem, contudo, alterar substancialmente a forma como a saúde fora tratada em 1934.

Os caminhos da saúde pública foram delineados especialmente com a Reforma do MESP implementada em 1937. Trata-se de uma reforma estrutural, a partir da qual o ministério passou a denominar Ministério da Educação e Saúde (MES), e que definiu novos rumos para a política de saúde pública em adequação aos princípios da política social do Estado Novo (Hochman, 2005).

A era varguista, baseada na centralização política e administrativa e na verticalização das ações estatais, refletia-se no âmbito da saúde pública: o formato institucional preconizado foi a coordenação das ações de saúde por um núcleo central, a cargo do MES, com implementação hierárquica nos estados e municípios. Nesse sentido, com a Reforma de 1937, o território brasileiro foi dividido em oito partes, cada qual contando com uma Delegacia Federal de Saúde, cuja função era supervisionar ações de colaboração entre União e serviços locais de saúde. Essa mesma reforma instituiu as Conferências Nacionais de Saúde (CNS) que reuniria as diversas delegações em um fórum nacional para discussão de temáticas acerca da saúde pública, expressando a preocupação em se estabelecer parâmetros na relação entre União, estados e municípios (Hochman, 2005).

A 1ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada em novembro de 1941, no Rio de Janeiro, e teve como proposta central a atualização do modelo de interação entre estados e União. Também em 1941 uma segunda reforma nas ações de saúde ocorreu, criando os Serviços Nacionais e verticalizando as campanhas de combate a doenças específicas e às grandes endemias (Hochman, 2005).

Em 1942, deu-se a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) a partir de um acordo entre o governo brasileiro e o governo norte-americano para saneamento de regiões produtoras de matérias-primas como borracha e minério de ferro, que focava em medicina preventiva e curativa e em atividades de educação sanitária, gozando de autonomia em relação ao Ministério da Educação e Saúde (Renovato; Bagnato, 2010). O SESP utilizava o espaço escolar como meio de conscientização para a educação sanitária com ações educativas junto aos alunos e com capacitação de professores da educação primária. Além de participar de campanhas- como a da erradicação da varíola-, o SESP foi responsável por implementar hospitais em pequenas localidades, capacitar profissionais para atuação nesses hospitais, bem como desenvolver pesquisas em medicina tropical, por meio do instituto Evandro Chagas, em Belém⁶.

⁶ Fonte: <https://pnsr.desa.ufmg.br/sesp-75-anos-de-luta-pela-saude-publica/>

Já em 1946 com a promulgação da nova Constituição no governo de Eurico Gaspar Dutra, a saúde pública conquistou sensível notoriedade no cenário pós-guerra, sendo vista como um bem de valor econômico fundamental para o desenvolvimento e progresso da nação, sobretudo as mais pobres (Lima; Fonseca; Hochman, 2005). A Constituição de 1946 ampliou os direitos relacionados ao trabalho e à previdência social, aumentando, por consequência, a assistência médica. Pinheiro e Romero (2012) atestam que os textos constitucionais de 1934, 1937 e 1946 proporcionaram reflexos profundos e duradouros na organização da saúde pública, incluindo a organização e gestão dos serviços frente à implementação de um Estado centralizado e pelo reforço do poder executivo.

Fator histórico relevante passa a ocorrer a partir da década de 1950: com a intensificação da industrialização no Brasil, o polo dinâmico da economia deslocou-se para os centros urbanos, contribuindo para o aumento do êxodo rural. Consolida-se, então, o modelo médico-assistencial privatista que alcançará sua hegemonia na década de 1960 vigorando até o final dos anos de 1980 (Andrade *et al*, 2018). Trata-se de um modelo cujo objetivo é curativo, com intervenções feitas por meio de medicamentos e procedimentos. Por ser predominantemente curativo, tal modelo ainda não se comprometia com o impacto sobre o nível de saúde da população, tampouco com o atendimento integral ao paciente e à comunidade.

Em 1950, ocorreu a 2ª Conferência Nacional de Saúde com o tema “Legislação referente à higiene e à segurança do trabalho”⁷. Logo adiante, em 1953, por meio da Lei nº 1.920, de 25 de julho, o Ministério da Saúde foi instituído de forma independente. Tal lei desdobrou o Ministério da Saúde e Educação em dois ministérios distintos: Ministério da Saúde e Ministério da Educação e Cultura. O Ministério da Saúde (MS) encarregou-se de atividades então realizadas junto ao Departamento Nacional de Saúde, inicialmente de forma ainda bastante pulverizada e com estrutura insuficiente⁸.

Anos após, em 1956, evento importante ocorreu na saúde pública com a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) ligado ao Ministério da Saúde, que incorporou os serviços de investigação e combate à malária, peste, febre amarela, leishmaniose, doença de Chagas e outras enfermidades endêmicas existentes no Brasil. O DENERu reuniu todas as denominadas grandes endemias em uma única instituição com a atribuição principal de realizar pesquisas e estudos sobre essas endemias para ampliar o conhecimento e aperfeiçoar métodos profiláticos de combate. Nesta época, ocupava a Presidência da República Juscelino Kubitschek de Oliveira, o qual argumentou que a centralização de atividades para o combate às

⁷ Fonte: <https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude>

⁸ Fonte: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/historico>

endemias rurais representava um grande avanço, relacionando saúde e desenvolvimento econômico (Silveira; Pimenta Júnior, 2011).

No início da década de 1960 os discursos sanitaristas acerca das relações de saúde e desenvolvimento se fortaleceram com o Ministério da Saúde caracterizando-se como a principal unidade administrativa de ação sanitária do governo federal. Porém, a administração sanitária federal brasileira ainda permanecia distribuída por vários Ministérios e Autarquias, com pulverização de recursos financeiros e de pessoal técnico. Este contexto colaborou para que em 1961 fosse instituído o Código Nacional da Saúde, primeira tentativa de organização de um Sistema Nacional de Saúde Ministério da Saúde.

Em 1963 aconteceu a 3ª Conferência Nacional de Saúde, que abordou como temáticas a situação sanitária do Brasil, a distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal, a municipalização dos serviços de saúde e a fixação do plano nacional de saúde⁹.

Três anos mais tarde, por meio do Decreto-Lei nº 72 de 21 de novembro de 1966, ocorreu a unificação dos IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), fato que fez do Estado o maior empregador de serviços de saúde. Rocha (1998) apresenta dados que demonstram que durante a época de unificação dos IAP's no INPS houve maior aceleração do processo de capitalização do setor empresarial privado de saúde.

Entre 1960 e 1967 os gastos com assistência médica na Previdência cresceram 3.3 vezes, enquanto os gastos com assistência hospitalar cresceram nove vezes e com assistência ambulatorial 2.1 vezes, fazendo com que o setor empresarial se tornasse o grande fornecedor de serviços de assistência médica para a Previdência Social. Porém, ainda assim, apenas o trabalhador formal e seus dependentes tinham acesso ao sistema de saúde financiado pela Previdência Social. Em 1967 é realizada a 4ª Conferência Nacional de Saúde com o tema recursos humanos para as atividades em saúde¹⁰.

A década de 1970 proporcionou novas reformas no Ministério da Saúde. O Decreto nº 66.623 de 22 de maio de 1970 reorganizou administrativamente o MS: foi criada a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) para combate a endemias de transmissão vetorial. A Sucam, como uma entidade executiva de campo, representou o órgão que mais agiu nas áreas rurais do Brasil, com estrutura operacional presente em todos os estados brasileiros¹¹.

⁹ Fonte: <https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude>

¹⁰ Fonte: <https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude>

¹¹ Fonte: <http://www.funasa.gov.br/antecedentes-historicos-da-funasa>

Mais adiante, o ano de 1974 marca a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), fato que proporcionaria o desmembramento na estrutura do INPS da qual resultaria o surgimento do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (Baptista, 2007). Em 1975 é realizada a 5ª Conferência Nacional de Saúde que tratou da Implementação do Sistema Nacional de Saúde, do programa de Saúde Materno-Infantil, do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, do Programa de Controle das Grandes Endemias e do Programa de Extensão das Ações de Saúde às populações rurais

Em 1977, por meio da Lei nº 6.439, é criado o INAMPS, autarquia federal, cuja atribuição era prestar assistência à saúde de seus associados, trabalhadores da economia formal e dependentes. O INAMPS sobreviveu até a criação do SUS como o grande órgão governamental de prestação de assistência médica, sobretudo pela compra de serviços médicos e hospitalares do setor privado. Portanto, ao INAMPS coube a responsabilidade de prestar assistência à saúde de seus associados, apenas os trabalhadores da economia formal e seus dependentes, sem o caráter da universalidade. O INAMPS aplicava nos estados da federação recursos de forma proporcional ao volume de arrecadação e ao número de beneficiários existentes naquele território. Dessa forma, o desenvolvimento econômico do estado, do qual dependiam os trabalhadores formais, tornava-se uma medida de investimento para a assistência à saúde, não sendo esta igualitária para todas as regiões brasileiras¹².

Ainda em 1977 ocorre a 6ª Conferência Nacional de Saúde que tratou de abordar a situação do controle das grandes endemias, a operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo federal em matéria de saúde, a interiorização dos serviços de saúde e a Política Nacional de Saúde¹³.

Durante o regime autoritário a saúde pública brasileira sofreu uma sensível deterioração. Como argumentado, houve uma valorização dos serviços privados, que se expandiram: o governo tornou-se comprador de serviços de assistência médica, enquanto as condições de saúde dos brasileiros declinavam (Costa e Silva *et al*, 2010). Os maiores investimentos voltavam-se para a medicina previdenciária, adstrita aos contribuintes da Previdência Social, enquanto a saúde pública era deixada a um segundo plano.

No ambiente de desenvolvimento da medicina previdenciária, o modelo assistencialista se fortalecia (Paim, 2001). O modelo médico-assistencial apresentou um grande crescimento na década de 1970, enquanto a saúde da população declinava e os investimentos na saúde

¹² Fonte: <https://dms.ufpel.edu.br/sus/files/media/INPS.pdf>

¹³ Fonte: <https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude>

pública também (Paim, 2012). Malta e Santos (2003) consideram que criação do INAMPS concedeu grande impulso ao modelo médico assistencial privatista, sendo o setor público o responsável pelo financiamento e sustentação desse modelo com a compra de leitos e diagnósticos do setor privado.

Assim, a década de 1970 foi considerada marco para a capitalização da medicina pela Previdência Social, com uma forte centralização do sistema de saúde que já mostrava sensíveis sinais de crise. O sistema de saúde brasileiro tendia a se comportar de forma semelhante ao sistema de saúde americano com múltiplas instituições estatais e privadas prestadoras de serviços dirigidos a uma mesma clientela, deixando milhares de pessoas excluídas desse rol (Paim, 2012).

Ainda que alguns municípios tenham se organizado para constituir unidades básicas em seus territórios com atendimento integral e universal, tais iniciativas se mostravam insuficientes frente à demanda da população. A exclusão do direito à saúde pública e o aparato institucional vigente que privilegiava o sistema previdenciário para o atendimento médico-assistencial individualizado, bem como os anseios advindos do processo de restauração democrática e das lutas sociais possibilitaram o surgimento de um movimento social na segunda metade da década de 1970 que propôs a Reforma Sanitária, almejando a implantação de um sistema de saúde com a inclusão de todos, de forma plural e universal.

As estratégias de transformação social foram trazidas a debate no âmbito da saúde coletiva e o desejo de ocupar arenas estatais e espaços públicos se fortaleceu frente ao projeto de construção de um novo bloco histórico para a saúde pública. Tudo isso fez com que escolas tradicionais como a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e a Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz remodelassem seus cursos, de forma a implantar uma visão de atenção integral à saúde, compatibilizando-a aos ideais de democratização e às lutas por direitos sociais (Santos, 2018). Paralelamente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a enfatizar desigualdades na saúde existentes entre os países, propagando que a saúde deveria estar ao alcance de todos, indiscriminadamente.

Diante desse quando, o movimento sanitário, composto por intelectuais, médicos e lideranças, defendia uma reforma política da saúde que fosse capaz de ampliar a cobertura para atingir a população de baixa renda, ao mesmo tempo em que proporcionava a descentralização dos serviços, visto que a centralização, até então vigente, apenas favorecia a indústria hospitalar e de medicamentos (Carvalho, 2016).

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) representou, portanto, um anseio pela democratização da saúde. Instituições acadêmicas e científicas tais como a Sociedade

Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) reuniram-se junto a entidades comunitárias, profissionais e sindicatos constituindo um movimento social a fim de defender a reestruturação do sistema de serviço de saúde. Em 1979, quando da apresentação do documento “A questão democrática na área da saúde” realizada pelo Cebes, na Câmara dos Deputados durante o I Simpósio de Política Nacional de Saúde, formulava-se, pela primeira vez, a proposta do SUS, com seus princípios e diretrizes, como um anseio advindo da sociedade e não de governos ou partidos (Paim, 2012).

Inserida nessas reivindicações, foi realizada, em 1980, a 7ª Conferência Nacional de Saúde com propostas para reformulação da política de saúde no Brasil, tendo como tema a extensão das ações de saúde por meio de serviços básicos. Também na década de 1980 as Secretarias Municipais de Saúde passaram a intensificar encontros regionais e nacionais proporcionando produtivas trocas de experiências, ao mesmo tempo em que o movimento municipal pugnava por convênios junto ao Ministério da Previdência e Assistência Social e ao Ministério da Saúde almejando o reforço do atendimento integral e ampliação da cobertura nas unidades municipais (Santos, 2018).

As concepções de saúde que se formavam, a partir da prática de uma medicina integral e comunitária, ancoravam-se nos departamentos de medicina preventiva e social e nas escolas de saúde pública. Para tanto, recorria-se a um modelo que dispusesse de prevenção da ocorrência e de prevenção da evolução da doença com a promoção, proteção, diagnóstico precoce, limitação do dano e reabilitação. Além de preventiva, almejava-se uma medicina que incorporasse conceitos como regionalização e hierarquização de serviços, participação comunitária, multiprofissionalidade e extensão de cobertura.

Intensificavam-se os passos para as mudanças, com a implementação do modelo plural e democrático de saúde. Em 1981 o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp) diagnosticou uma rede de saúde ineficiente, desintegrada e complexa, facilitadora de fraudes e desvios de recursos públicos. Deste diagnóstico surgiu a proposta do Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS) (Oliveira, 2012).

Realizado em 1982, o PAIS conferia ênfase na atenção primária e visava a integração, numa rede regionalizada e hierarquizada, das instituições públicas de saúde que eram mantidas pelas diversas esferas de governo. Prevvia, ainda, a descentralização da administração de

recursos financeiros, simplificação e controle dos gastos com serviços de terceiros e racionalização de procedimentos e custos¹⁴.

Em 1983 o PAIS foi redefinido como Ações Integradas de Saúde (AIS), uma política ministerial e importante matriz para o SUS. Em maio de 1984 é estabelecida a estratégia das Ações Integradas de Saúde, que passou a ser uma política interministerial. Além de envolver o Ministério da Previdência e Assistência Social e as Secretarias municipais e estaduais, incluiu ainda mais dois ministérios: Educação e Saúde, integrando ações curativas, educativas e preventivas na saúde (Paim, 1986).

Consolidava-se, então, um modo de pensar a saúde de forma regionalizada e hierarquizada, com a descentralização da administração de recursos, simplificação de pagamentos dos serviços prestados por terceiros e atribuição de prioridades para a rede pública com complementarização pela rede privada, além de outros elementos que mais tarde comporiam os pontos programáticos da criação do SUS que estava por vir.

Tabela 03: Marcos Históricos da Saúde Pública Brasileira: do Governo de Getúlio Vargas até início da década de 1980

1930	Criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP)
1932	Criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs)
1934	Promulgação da Constituição de 1934, primeira Constituição do Brasil a conferir tratamento específico à saúde
1937	Reforma Estrutural do MESP que passa a denominar-se Ministério da Educação e Saúde (MES)
1937	Criação das Delegacias Federais de Saúde
1937	Instituição das Conferências Nacionais de Saúde
1941	Realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde
1942	Criação do Serviço Especial de Saúde Pública
1946	Promulgação da Constituição de 1946, que ampliou os direitos relacionados ao trabalho e à assistência médica
1950	Realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde
1953	Instituição do Ministério da Saúde de forma independente
1956	Criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu)
1961	Criação do Código Nacional de Saúde
1963	Realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde

¹⁴Fonte: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/6/unidades_conteudos/unidade02/p_02.html#:~:text=Em%201982%20foi%20implementado%20o%20Programa%20de%20A%C3%A7%C3%B5es,pensada%20como%20a%20%22porta%20de%20entrada%22%20do%20sistema

1966	Unificação dos IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social (INSS)
1967	Realização da 4ª Conferência Nacional de Saúde
1970	Criação da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM)
1974	Criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS)
1975	Realização da 5ª Conferência Nacional de Saúde
1977	Realização da 6ª Conferência Nacional de Saúde
1977	Criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)
1980	Realização da 7ª Conferência Nacional de Saúde
1982	Criação do Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS)
1983	Redefinição do PAIS como política ministerial do MPAS denominada Ações Integradas de Saúde (AIS)
1984	Criação da Estratégia Ações Integradas de Saúde, política interministerial envolvendo Previdência, Educação e Saúde

Fonte: elaboração própria

2.4 Considerações Finais

Este capítulo tratou de abordar os determinantes históricos do sistema de saúde brasileiro e demonstrou que tal sistema foi construído por uma variedade de fatores que acompanharam ondas econômicas e políticas em diferentes períodos.

As atividades de saúde pública, por muito tempo, mostraram-se insipientes no território brasileiro. No contexto político do colonialismo português (1500-1822) a assistência à saúde para a população despontou como maior desafio, dada a organização sanitária insuficiente. A população, em sua imensa maioria, ficava sob o amparo da caridade, sobretudo representada pelas Santas Casas de Misericórdia. Tal quadro modifica-se com a vinda da família real para o Brasil, ocasião em que passaram a ser instituídas intervenções sobre as condições de vida e de saúde da população, com ênfase no controle de epidemias, além de investimentos em infraestrutura e educação, porém ainda sem muitos efeitos concretos entre os menos favorecidos e os escravos.

Durante o Império (1822-1889) houve incremento do investimento na política sanitária, sobretudo com a vigilância dos portos. As doenças pestilenciais ainda representavam ameaça à população, razão pela qual, nesse período, surgem as primeiras instituições de controle sanitário. Contudo, a despeito dos avanços apresentados, tanto na Colônia quanto no Império

pouco se fez pela saúde pública no Brasil, principalmente para os escravos e para aqueles que não tinham posses.

O advento da Primeira República (1889-1930) proporcionou o fortalecimento do Estado no cuidado à saúde e o surgimento de importantes marcos como a Diretoria Geral de Saúde Pública e as Caixas de Aposentadorias e Pensões. Nesse período ocorreram as reformas urbanas e sanitárias em grandes cidades e áreas portuárias. Apesar disso, as doenças pestilenciais permaneceram e novos desafios emergiram com o fortalecimento das doenças de massa como a tuberculose.

O crescimento que o país almejava dependia de uma população saudável e assim as campanhas sanitárias e de vacinação se fortaleciam, ao mesmo tempo em que o Estado passava a tomar para si responsabilidades acerca da saúde da população. O período Vargas (1930-1945) até a ditadura militar (1964-1985) marca a institucionalização da saúde pública com a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública e o fortalecimento da Previdência Social como meio de acesso aos serviços médicos e hospitalares para aqueles que detinham a condição de acobertados.

A partir da análise histórica da saúde pública no Brasil ficou evidente a formação de um sistema excludente, ineficiente e desigual, alinhado aos interesses de mercado e das elites, não estendido integralmente a todos, mas somente a uma parcela de segurados. Isso fez com que um montante significativo da população, que estava à margem da previdência, ficasse excluído e destinado aos poucos investimentos em saúde pública, muitas vezes feitos com o auxílio das administrações locais. Tal quadro propiciou a formação de um movimento que clamava pela necessária democratização e melhoria dos serviços de saúde, conhecido como Reforma Sanitária, que muito contribuiu para o início de um novo caminho para a saúde brasileira, o que se daria com a promulgação da Constituição de 1988.

CAPÍTULO III - DEMOCRATIZAÇÃO DA SAÚDE: A construção de um Direito Fundamental na Assembleia Nacional Constituinte

3.1 Introdução

A forma de condução das políticas de saúde pública no Brasil proporcionou a ocorrência de inúmeras reivindicações que aglutinavam pessoas e entidades em prol da universalização e da descentralização dos serviços, o que ficou conhecido por movimento sanitário. Este movimento deu corpo às teses da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), precursoras da criação de um sistema único de saúde, gratuito e universal.

A Reforma Sanitária, para além do modelo excludente de saúde, criticava a falta de cuidado na atenção primária, a ênfase na produção lucrativa de serviços destinados ao setor privado, o caráter desigual de atendimento, a centralidade da União, bem como a sub-representação da sociedade civil, das entidades de classe, dos estados e municípios nas políticas de saúde.

O conjunto desses argumentos, que ressoavam pela democratização da saúde, foi sentido na elaboração do texto da Constituição Federal (CF/88): a partir de então, a saúde foi tratada como um direito social, garantido mediante políticas que visassem reduzir o risco de doenças, com o acesso universal e igualitário às ações para promoção, proteção e recuperação da saúde.

Dadas as questões teóricas acerca da construção do sistema de saúde brasileiro, premente se faz observar seu processo de democratização juntamente com a relação de centralidade de atuação do Estado. Bobbio (1992), ao analisar a diferenciação entre direitos civis e sociais, salienta que os direitos civis tratam de liberdades que exigem do poder público obrigações negativas, de não fazer, enquanto os direitos sociais se referem a poderes os quais estão adstritos a obrigações positivas, requerendo uma intervenção crescente do Estado, em oposição a uma concepção de Estado Mínimo. A saúde, como proeminente direito social, compõe, portanto, uma das áreas nas quais a atuação do Estado é mais fácil de ser analisada.

O presente capítulo analisa a democratização da saúde pública no Brasil a partir do papel desempenhado pela Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente na Assembleia Nacional Constituinte de 1987. Para isso, o texto aprofunda-se na análise das atas das reuniões, a fim de desvendar os principais episódios e o contexto político que levaram à proposta de redação do novo capítulo constitucional. Uma atenção especial é dedicada ao embate ideológico entre o setor público e o privado, que norteou grande parte das discussões e culminou na revolução do sistema de saúde brasileiro.

3.2 Saúde e Democracia: os antecedentes da construção do sistema de saúde na Constituição de 1988

A Reforma Sanitária preconizava uma revisão do modo de agir do Estado. O clamor plural e inclusivo que ocorria com relação aos serviços de saúde fez do Estado o grande responsável pela efetivação das políticas em saúde pública, a qual passou a ser vista como um direito social, decorrente da cidadania e da democracia.

O Movimento Sanitário se opôs ao modelo de organização sanitária existente, que separava as ações de saúde coletiva das ações de atenção à saúde individual. As primeiras ficavam a cargo do Ministério da Saúde, ao passo que as últimas incumbiam ao Ministério da Previdência que atuava sobretudo no atendimento médico-assistencial individualizado. Neste modelo, o sistema previdenciário, além de centralizar as ações de saúde individual, mantinha aliança com os interesses privados, o que fazia da Previdência Social um importante financiador do mercado de saúde privado (Romero, 2008), excluindo aqueles que não mantinham qualquer vínculo com a Previdência.

O contexto de precariedade dos serviços de saúde aliado às crises de caráter político, econômico e social que marcaram a década de 1980 foram terrenos férteis para que o movimento sanitário ganhasse mais força. Com a redemocratização, a partir de 1985, integrantes do movimento sanitário começaram a ocupar cargos expressivos no âmbito político-institucional do Estado, em ambientes como Ministério da Saúde, Inamps e Fiocruz. Tal fato colaborou para que, em 1986, o Ministério da Saúde reunisse técnicos, gestores e usuários a fim de promover uma discussão sobre a emergente reforma do sistema de saúde, o que ficou conhecido como 8ª Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS)

A VIII CNS representou marco histórico na construção do sistema de saúde brasileiro, culminando na aprovação da diretriz de universalização da saúde, juntamente com o controle social das suas práticas. A VIII CNS ocorreu logo após o fim da ditadura militar num ambiente de intenso clamor democrático: pela primeira vez a população participava das discussões da conferência, cujo temática apontou discussões em torno da Democracia e da Saúde (Escorel, Nascimento, Edler, 2005).

O relatório da VIII CNS trouxe a saúde como um direito a ser garantido pelo Estado, incluindo condições dignas de vida e de acesso igualitário às ações e serviços de proteção, promoção e recuperação da saúde a todos os habitantes do território nacional. Este relatório embasou as discussões da Assembleia Nacional Constituinte em 1987/1988, inspirando o

capítulo “Saúde” contido na Constituição Federal, bem como as futuras leis orgânicas da Saúde que implantariam o SUS (Leis nº 8.080/90 e 8.142/90) (Paim, 2012).

Romero (2008) aponta como fruto da VIII CNS a proposta que consagrou a concepção mais ampla de saúde: um direito humano resultante de condições de vida e de trabalho a ser garantido pelo Estado. Esse novo paradigma em saúde, argumenta Romero, foi o resultado da participação substancial de representantes do setor público, já que representantes da medicina empresarial, que poderiam se opor a ele, teriam se retirado da conferência em virtude de descontentamentos com relação à progressiva estatização da saúde e à expansão e fortalecimento do setor estatal que à época eram defendidos.

Em consequência desse movimento, em julho de 1987, deu-se a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), uma estratégia-ponte para a construção do SUS, pois trouxe avanços na política de descentralização, regionalização, hierarquização e universalidade da saúde no Brasil, retirando do Inamps o poder centralizador da área. A importância disso reside no fato de que, pela primeira vez, o Governo Federal começou a repassar recursos para estados e municípios ampliarem seus serviços de saúde, fortalecendo a tão almejada descentralização (Reis, Araújo, Cecílio, 2019).

A par desses avanços, Romero (2008) aponta uma certa letargia em se implantar as recomendações da VIII CNS em função da atuação política dos empresários do setor de saúde. O autor ressalta a criação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), composta por 24 membros (12 representantes do governo e 12 representantes da sociedade civil, incluindo o setor privado), cuja atribuição seria propor um novo modelo de sistema de saúde junto à Assembleia Nacional Constituinte (ANC), a qual acabou por atenuar as diretrizes da VIII CNS que conflitavam com o setor privado, transferindo o debate para o âmbito da ANC. Emergia um momento em que o setor empresarial da saúde temia pela perda da participação e dos recursos que lhes eram repassados pelo setor público.

Após todos os marcos históricos e um longo debate em sede da Assembleia Nacional Constituinte, em 1988 foi aprovada a Constituição Cidadã que instituiu a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, que deveria prestá-la de forma hierarquizada e submetido a uma gestão descentralizada, custeado essencialmente por recursos da União em conjunto com Estados e municípios e cujas ações submetiam-se a órgãos colegiados oficiais e conselhos de saúde, com representação paritária entre usuários e prestadores de serviços.

Mais adiante, o ano de 1990 apresentou eventos importantes para a história da saúde pública no Brasil: por meio do Decreto 99.060 o Ministério da Saúde incorporou o INAMPS em sua estrutura, autarquia que seria extinta em 1993 e a Lei nº 8.029/1990 autorizou a

instituição da Fundação Nacional de Saúde (FNS), como produto da fusão de vários segmentos da área da saúde, o que fora materializado pelo Decreto nº 100, de abril de 1991.

Ainda em 1990, operou-se a criação do Sistema Único de Saúde por meio da aprovação da Lei nº 8.080, em 19 de setembro, a qual dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, detalhando, entre outras questões, os objetivos e atribuições do SUS, seus princípios e diretrizes, competências e atribuições de cada ente federado, a participação complementar do sistema privado e o financiamento dos serviços. Esta lei deu o nome de SUS ao sistema formulado pelo movimento da Reforma Sanitária e garantido na CF/88, ficando conhecida como Lei Orgânica da Saúde. A Lei 8080/90 detalhou, a nível infraconstitucional, as diretrizes que a Constituição inaugurara anos antes, conferindo organicidade à luta encabeçada pelo MRS.

Posteriormente, em 28 de dezembro de 1990, a Lei n. 8.142 veio para dispor a forma pela qual a comunidade é capaz de participar da gestão do SUS, bem como sobre as transferências financeiras intergovernamentais, instituindo os Conselhos de Saúde e conferindo legitimidade aos organismos de representação dos governos estaduais e municipais: Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), respectivamente.

Em que pese falar-se internacionalmente em direito à saúde desde o surgimento da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948, foi somente com a CF/88 que o Brasil reconheceu formalmente a saúde como um direito social. Conforme argumenta Paim (2012) somente a partir de 1988 não há mais indigentes nem serviços gratuitos prestados por caridade na área da saúde: todos os serviços são remunerados pelo SUS e financiados pela sociedade. Anteriormente a isso, apenas trabalhadores em dia com as contribuições pagas à previdência tinham garantido o direito legal à saúde, por meio dos serviços prestados pelo Inamps. Não havia descentralização, gratuidade e universalidade.

O movimento sanitário tratou de vincular saúde e democracia. No ideal democrático vigente à época da constituinte de 1987/88 inseria-se o conceito de cidadania, mediante o qual um Estado restrito se tornaria um Estado ampliado na oferta dos serviços de saúde. Esta mesma democracia ainda reclamava uma concepção igualitária, com positivação do direito à saúde e a atuação estatal como garantia de sua efetivação, carregando consigo uma dimensão social que valorizava a igualdade e a participação.

O projeto da Reforma Sanitária apresentou, portanto, um modelo de gestão de saúde fundado no conceito de democracia vista em sua dimensão igualitária, de forma a garantir a saúde como direito individual desprovido de qualquer tipo de discriminação ou diferenciação.

Tabela 04: Marcos Históricos da Saúde Pública Brasileira: da redemocratização até a criação do SUS

1986	Realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde
1987	Implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)
1988	Promulgação da Constituição de 1988, que reconheceu a saúde como direito e a obrigação do Estado de fornecê-lo
1990	Incorporação do INAMPS pelo Ministério da Saúde
1990	Aprovação da Lei que autoriza a instituição da Fundação Nacional da Saúde
1990	Criação do Sistema Único de Saúde (SUS)
1990	Aprovação da lei que efetua a instituição da gestão participativa no SUS e dispõe sobre a forma de alocação de recursos

Fonte: elaboração própria

3.3 A Assembleia Nacional Constituinte: a construção de um novo sistema de saúde no Brasil

Em 1986 foram eleitos os Deputados Federais e os Senadores que viriam a formar a Assembleia Nacional Constituinte (ANC), responsável por propor uma nova Constituição que marcaria o retorno do país aos moldes democráticos. Sabe-se que esse processo foi composto por bases ideológicas diversas, de um lado setores progressistas e, de outro, setores mais conservadores se misturavam num momento de grande efervescência política.

Competia, também, aos constituintes a escolha do novo modelo de saúde pública brasileira: um modelo excludente, semelhante ao que vigorava até então, ou um modelo de acesso amplo que contemplasse todos os cidadãos, conforme proposto pelos adeptos da Reforma Sanitária.

Assim, levando adiante o projeto de Tancredo Neves, falecido em 1985, Jose Sarney instituiu em 18 de julho de 1985, por meio do Decreto nº 91.450, a Comissão Provisória de Estudos Constitucionais, também conhecida como Comissão Afonso Arinos, encarregada de elaborar um anteprojeto a ser submetido à ANC e composta por 50 membros, entre juristas e estudiosos das mais diversas áreas¹⁵.

¹⁵ Fonte: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2008/10/01/comissao-afonso-arinos-elaborou-anteprojeto-de-constituicao>

A Comissão Arinos apresentava uma composição majoritariamente conservadora, razão pela qual difundiu-se à época o temor acerca da produção de um documento pouco afinado com os desejos das forças progressistas do país. Este fato ocasionou uma intensa controvérsia ideológica entre os membros e acabou por provocar o arquivamento do que fora produzido por tal comissão. Embora o anteprojeto elaborado pela Comissão Afonso Arinos não tenha sido enviado ao Congresso pelo então Presidente Tancredo Neves, o material acabou por circular em seus bastidores e, de maneira informal, foi copiado por constituintes na elaboração de suas propostas (Rocha, 2013).

Em 1º de fevereiro de 1987, instala-se, pelo Congresso Nacional, a Assembleia Constituinte com o objetivo de elaborar uma Constituição democrática para o Brasil após um longo período de ditadura militar. Após vinte meses de debates realizados por 559 parlamentares, sendo 72 senadores e 487 deputados federais, o resultado foi a promulgação, em 1988, de uma Constituição que ampliou os direitos e garantias individuais e colocou o Estado como um ente ativo nos destinos econômicos e sociais do país, representando algo revolucionário para contexto brasileiro vigente à época.

A trajetória brasileira de desenvolvimento de políticas sociais apresenta um caráter antidemocrático. Entre 1923 e 1985 as políticas sociais foram construídas com alto grau de centralização, baixa interferência da população e pouca transparência. Tal quadro começa a ser lentamente modificado a partir da década de 1970, passando por uma aceleração em 1980, para em 1988 atingir seu ápice com a CF/88, que trouxe a noção de cidadania como base de todos os direitos (Lobato, 2016), dentre os quais, a saúde.

3.4 A Constituinte e a Saúde

A reformulação do setor de saúde foi palco de debates no âmbito da Assembleia Nacional Constituinte, mormente no que se refere à sua organização administrativa, seu financiamento e sua relação com o setor privado

A esse respeito, Costa (2020) salienta que ao longo da constituinte vários anteprojeto constitucionais foram elaborados para a área da saúde nos quais a relação entre o setor público e privado foi regulamentada por meio de seis dispositivos, a saber: competência do setor público quanto à ação e execução dos serviços de saúde; participação do setor privado no SUS; possibilidade do setor público intervir ou desapropriar os serviços de saúde de natureza privada; permissão ou proibição de destinação de recursos públicos para entidades do setor privado;

políticas de produção e distribuição de medicamentos, insumos e tecnologias médicas; livre exercício da atividade liberal.

A literatura apresenta três principais correntes que atuaram na área da saúde durante a constituinte. A primeira, a “coalizão reformista” advém da Reforma Sanitária e almejava a universalização e o fortalecimento do setor público de saúde, defendendo as propostas da VIII CNS; a segunda, representada pelo setor privado, objetivava priorizar a atuação privada na saúde e era formada por setores como Unimed, Federação Brasileira de Hospitais (FHB), Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE), Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde (FENAESS), Associação Brasileira de Hospitais (ABH) e Instituto dos Problemas Contemporâneos da Comunidade (IPCC). Por fim, a terceira corrente tratava-se do grupo institucional formado pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Previdência Social que procurava manter seu papel centralizador nas políticas de saúde por meio do INAMPS (Rodrigues Neto, 2019; Costa, 2020). Gomes (1996) aponta também um grupo aliado do sistema privado de atenção médica supletiva composto por empresários do setor de saúde que não dependiam da venda de serviços ao Estado, mas que defendiam as propostas do segundo grupo acerca da desregulação estatal.

Dadas as questões históricas, econômicas e sociais que circunscreveram a construção do sistema de saúde no Brasil e que naquele momento representavam uma questão bastante controvertida, percebe-se as vicissitudes que permearam a reforma do setor na constituinte de 1987/88. Duas concepções ideológicas pareciam se contrapor: a concepção socialdemocrata, de caráter progressista, que propunha por um sistema com serviços oferecidos predominantemente pela rede pública e com participação apenas complementar do setor privado e, num outro viés, o setor liberal, de caráter conservador, que almeja conceder ao setor privado uma posição de destaque na prestação de serviços de saúde.

Por estas razões, a próxima seção tratará de analisar as atas das reuniões realizadas pela Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio ambiente no âmbito da Constituinte e seus impactos para a construção dos regramentos vigentes no que diz respeito ao direito à saúde, sobretudo no que se refere à dicotomia existente entre a completa retomada da prestação de serviços pelo setor público e a participação do setor privado nos serviços de saúde pública. .

3.4.1 A atuação da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio ambiente na ANC

A Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio ambiente foi instalada em 07 de abril de 1987, sob a Presidência eventual de Raimundo Rezende (PMDB). No contexto da ANC, tratava-se da subcomissão encarregada, entre outras atribuições, de debater e entregar à constituinte uma proposta para o capítulo constitucional da saúde. A subcomissão foi composta conforme disposto na tabela 05:

Tabela 05: Membros titulares da subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente da Assembleia Nacional Constituinte

Nome	Partido
José Elias Murad (Presidente)	Partido Trabalhista Brasileiro (PTB)
Fábio Feldmann (1º vice-presidente)	Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB)
Maria de Lourdes Abadia (2º vice-presidente)	Partido da Frente Liberal (PFL)
Carlos Mosconi (Relator)	Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB)
Paulo Macarini	Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB)
Alarico Abib	Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB)
Ronaldo Aragão	Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB)
Borges da Silveira	Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB)
Eduardo Moreira	Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB)
Geraldo Alckmin	Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB)
Joaquim Sucena	Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB)
Jorge Uequed	Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB)
Raimundo Rezende	Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB)
Hélio Costa	Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB)
Francisco Coelho	Partido da Frente Liberal (PFL)
Gandi Jamil	Partido da Frente Liberal (PFL)
Julio Campos	Partido da Frente Liberal (PFL)
Orlando Bezerra	Partido da Frente Liberal (PFL)
Adylson Motta	Partido Democrático Social (PDS)
Cunha Bueno	Partido Democrático Social (PDS)
Floríceno Paixão	Partido Democrático Trabalhista (PDT)
Eduardo Jorge	Partido dos Trabalhadores (PT)
Oswaldo Almeida	Partido Liberal (PL)

Fonte: Câmara Legislativa¹⁶

Tabela 06: Membros suplentes da subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente da Assembleia Nacional Constituinte

Nome	Partido
Mattos Leão	Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB)
Abigail Feitosa	Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB)

¹⁶ https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/Constituicoes_Brasileiras/constituicao-cidada/o-processo-constituente/comissoes-e-subcomissoes/comissao7/subcomissao7b

Albérico Filho	Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB)
Carlos Carlos Sant'Ana	Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB)
Fernando Cunha	Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB)
Alarico Abib	Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB)
Hilário Braun	Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB)
Luiz Soyer	Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB)
Milton Lima	Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB)
Francisco Rollemberg	Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB)
Raimundo Bezerra	Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB)
Roberto Vital	Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB)
Jofran Frejat	Partido da Frente Liberal (PFL)
Lúcio Alcântara	Partido da Frente Liberal (PFL)
Pedro Canedo	Partido da Frente Liberal (PFL)
Raquel Cândido	Partido da Frente Liberal (PFL)
Mendes Thame	Partido da Frente Liberal (PFL)
Davi Alves Silva	Partido Democrático Social (PDS)
Lavoisier Maia	Partido Democrático Social (PDS)
Nelson Seixas	Partido Democrático Trabalhista (PDT)
Francisco Rossi	Partido Trabalhista Brasileiro (PTB)
Vitor Buaiz	Partido dos Trabalhadores (PT)
(vago)	Partido Liberal (PL)

Fonte: Câmara de Deputados¹⁷

As primeiras reuniões realizadas pela subcomissão destinaram-se a definições de prazos, cronograma de trabalho, além de definições de estratégias para condução das audiências públicas, da participação popular e das visitas técnicas. Ainda nas reuniões iniciais, como forma de parametrização dos trabalhos, Carlos Mosconi (PMDB) apresentou aos integrantes da subcomissão a proposta de redação constitucional sobre a saúde elaborada pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) e aprovada em março de 1987, a qual passou a servir como base para o trabalho dos constituintes, transcrita a seguir:

Art. 1º A saúde é um direito assegurado pelo Estado a todos os habitantes de todo o Território nacional sem qualquer distinção.

Parágrafo único: O direito à saúde implica:

- 1. condições dignas de trabalho, saneamento, moradia, alimentação, educação, transporte e lazer;*
- 2. respeito ao meio ambiente e controle da poluição ambiental;*
- 3. informações sobre os riscos de adoecer e morrer, incluindo condições individuais e coletivas de saúde;*
- 4. dignidade, gratuidade e qualidade das ações de saúde, com direito à escolha e à recusa;*
- 5. recusa aos trabalhos em ambiente insalubre ou perigoso ou que represente grave e iminente risco à saúde, quando não forem adotadas medidas de eliminação ou proteção dos riscos;*
- 6. opção quanto ao tamanho da prole;*
- 7. participação, em nível de decisão, na formulação das políticas de saúde, e na gestão dos serviços.*

Art. 2º É dever do Estado:

- 1. implementar políticas econômicas e sociais que contribuam para eliminar ou reduzir o risco de doenças e de outros agravos à saúde;*
- 2. assegurar a promoção, proteção e recuperação da saúde pela garantia de acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde em todos os níveis;*
- 3. assegurar, com esta finalidade, a existência da rede pública de serviços de saúde.*

Art. 3º O conjunto de ações de qualquer natureza, na área de saúde, desenvolvida por pessoa física ou jurídica, é de interesse social, sendo responsabilidade do Estado, a sua normatização e controle.

§ 1º A lei definirá a abrangência, as competências e as formas de organização, financiamento e coordenação intersetorial do Sistema Nacional de Saúde, constituindo com o sistema único, segundo as seguintes diretrizes:

¹⁷ https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/Constituicoes_Brasileiras/constituicao-cidada/o-processo-constituente/comissoes-e-subcomissoes/comissao7/subcomissao7b

1. integração das ações e serviços com o comando político-administrativo único em cada nível de governo;
2. integralidade e unidade operacional das ações de saúde adequadas às realidades epidemiológicas;
3. descentralização político administrativa que respeite a autonomia dos Estados e Municípios, de forma a definir, como de responsabilidade desses níveis, a prestação de serviço de saúde, de natureza local ou regional.
4. participação, em nível de decisão, de entidades representativas da população, na formulação e controle das políticas de saúde, em todos os níveis.

§ 2º É assegurado o livre exercício de atividade liberal e de saúde e a organização de serviços de saúde privados, obedecidos os preceitos éticos e técnicos determinados pela lei e os princípios que norteiam a Política Nacional de Saúde.

Art. 3º A utilização de serviços de saúde de natureza privada pela rede pública se fará segundo necessidades definidas pelo Poder Público, de acordo com as normas estabelecidas pelo Direito Público.

Art. 4º O Estado mobilizará, no exercício de suas atribuições, os recursos necessários à preservação da saúde, incorporando as conquistas do avanço científico e tecnológico, segundo critérios de interesse social.

Art. 5º As atividades de ensino, pesquisa, desenvolvimento tecnológico e produção de insumos e equipamentos essenciais para a saúde subordinam-se à Política Nacional de Saúde e são desenvolvidas sob controle estatal, com prioridade para os órgãos públicos e empresas nacionais, com vistas à preservação da soberania nacional.

Art. 6º O financiamento das ações e serviços de responsabilidade pública será provido com recursos fiscais e para-fiscais, com destinação específica para a saúde, cujos valores serão estabelecidos em lei e submetidos à gestão única nos vários níveis de organização do Sistema Nacional de Saúde.

Parágrafo único. O volume mínimo dos recursos públicos destinados pela União, Estados, Territórios, Distrito Federal e Municípios corresponderá, anualmente, a 12% das respectivas receitas tributárias.

Disposições transitórias:

1. a Previdência Social alocará o mínimo de 45% da contribuição patronal ao Fundo Nacional de Saúde;
2. Os recursos da Previdência Social, destinados ao financiamento do Sistema Nacional de Saúde, serão gradualmente substituídos por outras fontes, a partir do momento em que o gasto nacional em saúde alcance o equivalente a 10% do Produto interno Bruto.

A partir da 7ª Reunião, ocorrida em 22 de abril de 1987 e dedicada à discussão acerca do Sistema Nacional de Saúde, iniciou-se a realização das Audiências Públicas. Nesta audiência, Laércio Valença, Secretário de Saúde do Distrito Federal e Presidente do Conselho Nacional de Secretarias de Saúde, valorizou o indivíduo como sujeito das ações de promoção e recuperação da saúde, salientando os escassos recursos para a área de saúde no país e a pouca eficiência da área, aspectos que contribuíam para o oferecimento de serviços com baixa qualidade e pouco acessíveis, de forma não universalizada. Tal quadro, segundo o expoente, foi o que contribuiu para a então existente insatisfação generalizada acerca da saúde pública e para o surgimento do movimento da Reforma Sanitária.

Foi também explanado acerca da necessidade de treinamento e valorização salarial daqueles que compõem o sistema de saúde. Com relação à política de desenvolvimento tecnológico e à produção de insumos e de equipamentos, Valença destacou que o país não possui uma independência nesse sentido, com produção ainda insuficiente para cobrir a necessidade nacional.

Especificamente com relação à convivência entre setor público e setor privado na saúde, Valença sustentou que deve haver um trabalho harmônico entre ambos, ressaltando a necessidade de que exista uma fiscalização mais efetiva que aquela vigente, defendendo, inclusive, a expansão da rede privada conveniada. Para ele o aumento da participação do setor

público no sistema de saúde exigiria a eficiência deste, de forma a não se configurar apenas um simples paternalismo.

O segundo expositor foi Arlindo Fábio Gomes de Sousa, representante da Comissão da Reforma Sanitária, o qual destacou a ampla representatividade social da comissão que produziu a proposta do capítulo constitucional da saúde, já apresentada à subcomissão por Carlos Mosconi (PMDB).

É possível observar na proposta o protagonismo estatal na recuperação e promoção da saúde. No texto também estão presentes muitos dos fundamentos do SUS e seus princípios como a integração das ações e serviços, integralidade e unidade operacional, descentralização político-administrativa, participação de entidades representativas da população em nível de decisão. Observa-se que o artigo 3º do supracitado documento trouxe a permissão para a utilização de serviços de saúde de natureza privada pela rede pública, conforme as necessidades definidas pelo poder público.

Em seguida, o médico Roney Edmar Ribeiro defendeu diretrizes que mais tarde se consubstanciariam no SUS, bem como a participação do Estado nessa seara, não deixando de mencionar a presença da rede privada na saúde pública. Passando a palavra ao presidente de INAMPS, Ézio Cordeiro, este ressaltou um ponto que classificou de extrema relevância, qual seja, o relacionamento do poder público com as instituições particulares de prestação de assistência médica, que deveria estar regido pelas regras de Direito Público com sobreposição do interesse da população aos interesses particulares. Cordeiro enfatizou que as contratações baseadas em regras de direito público não estavam sendo aceitas pelo setor privado de caráter lucrativo. Outro ponto destacado por ele foram as ações integradas em saúde e o papel dos municípios nessas ações, o que, naquele momento, se tornava uma tendência e que caracterizaria a descentralização dos serviços de saúde.

O médico Roberto Chabo ressaltou a participação das entidades representativas da população na formulação e controle das políticas das ações de saúde em todos os níveis, destacando, portanto, o viés social. O representante do Ministério do Trabalho, Rianni, acentuou o aspecto inclusivo e universal do sistema de saúde que estava sendo delineado, enfatizando o cuidado com a saúde dos trabalhadores e seus direitos, os quais devem ir além da assistência médica, incluindo habitação, transporte, lazer, alimentação.

Representante da Federação das Misericórdias do Brasil, Geraldo Justo, abordou as ações integradas de saúde e a universalização dos atendimentos. Maria José Rossi da Associação Brasileira de Enfermagem ressaltou que a saúde engloba uma diversidade de fatores, sendo um serviço público com possibilidade de participação dos serviços privados,

porém somente como estratégia de transição, já que o Estado deveria ser o responsável pelos serviços de saúde.

João José Cândido, como representante do setor de educação, abordou aspectos relacionados à formação de recursos humanos do setor de saúde. Maria Luiza Jagger, socióloga da Central Única dos Trabalhadores relacionou o direito à saúde com as condições de trabalho, reforçando a importância da participação na formulação, avaliação e controle das políticas de saúde. Ressaltou também a unicidade do sistema da saúde que se pretende criar, o qual deve ser hierarquizado, organizado, único e com orçamento próprio, independente do dinheiro da Previdência.

Por conseguinte, Cristina Albuquerque Costa, coordenadora dos grupos técnicos da Comissão de Reforma Sanitária, abordou a necessidade de se romper a exclusão então vigente e falta de recursos financeiros, fortalecendo o Ministério da Saúde cujas funções estavam esvaziadas frente ao Ministério da Previdência.

Terminando as exposições, Nelson Rodrigues dos Santos, representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, destacou o modelo privatizante vigente à época, que deixou a saúde à mercê da economia de mercado, sobretudo no que se refere à participação das grandes empresas médico-hospitalares e das multinacionais de equipamentos e medicamentos, fato que colocou à margem a maioria dos órgãos privados representado pelas médias e pequenas empresas. Sem desmerecer a participação privada na saúde pública, Santos destacou a concentração da renda da saúde nas mãos de poucos médicos e a sub-remuneração de muitos. Igualmente, salientou sobre gastos desnecessários no setor em prol de uma lucratividade exagerada que não gera benefícios à saúde da população, em sua maioria dependente de serviços municipais e estaduais bastante precários.

O constituinte Paulo Macarini (PMDB) fez uma intervenção a fim de caracterizar o projeto discutido como tímido, dubio e, em alguns casos, equivocado, incapaz de alterar as estruturas da saúde pública no país. Destacando a situação do então segurado previdenciário que se encontrava como um “humilhado” nos gabinetes médicos e nas portas dos hospitais, o constituinte revelou preocupação com a expressão “serviços privados em saúde”, pugnando por incluir nela as atividades filantrópicas, sob pena de se estar privilegiando entidades de saúde que cobram por fora os serviços médicos da Previdência Social. Macarini (PMDB) também demonstrou seu inconformismo com o orçamento da saúde, cobrando uma redação mais direta nesse ponto. Outrossim asseverou que os programas da saúde devem ser de responsabilidade orçamentária da União Federal, de forma que a Previdência não poderia financiar o sistema nacional de saúde como proposto nas disposições transitórias do documento discutido. Por fim,

solicitou aos constituintes que redigissem um projeto capaz de representar a eliminação das desigualdades sociais.

A cada constituinte foi concedido o tempo de três minutos para exposições, que assim podem ser resumidas: Oswaldo Almeida (PL) cobrou a participação de especialistas do Ministério da Fazenda na elaboração da proposta da Comissão Nacional da Reforma Sanitária e sugeriu a integração das subcomissões. Raimundo Bezerra (PMDB) destacou a necessidade de que se dê um enfoque maior à medicina preventiva, algo que o projeto da CNRS não priorizou.

Eduardo Jorge (PT) trouxe a questão da saúde privada e a necessidade da diferenciação entre setor lucrativo e não lucrativo, a unificação da saúde em um único órgão, a incorporação da saúde do trabalhador nas atribuições do Ministério da Saúde, a suficiência de recursos para o financiamento da saúde, a ausência da questão dos recursos humanos na proposta da CNRS e a socialização da saúde, ressaltando, como na fala de Macarini (PMDB), a necessidade de avanço do projeto e da precisão das propostas. Jorge enfatizou, ainda, que na VIII Conferência Nacional da Saúde estabeleceu-se a meta da progressiva estatização do setor de saúde, fato que não ficou claro no documento elaborado pela CNRS. O constituinte enfatizou sua posição, como membro de um partido socialista, para que a área da saúde fosse socializada.

Júlio Campos (PFL) mostrou preocupação em diferenciar a política de saúde da política partidária no Brasil, já que a rixa entre partidos acaba por prejudicar os feitos na saúde e a melhoria da qualidade de vida do cidadão brasileiro. Adylson Mota (PDS) ressaltou a importância de que o projeto final traga a questão da medicina preventiva, em especial as imunizações.

Abigail Feitosa (PMDB) destacou o papel da sociedade para que o projeto acerca da saúde se concretize. Carlos Mosconi (PMDB) expôs sua preocupação de que os debates teóricos não causem mudanças práticas na vida da sociedade. Apontou pontos falhos do projeto elaborado pela CNRS como a questão dos recursos humanos frente à unificação do sistema, dos medicamentos e do financiamento do setor. Almir Gabriel (PTB) enfatizou a ligação do setor de saúde com outros setores, como a educação, além de apresentar dados que demonstraram o ínfimo financiamento que o setor de saúde no Brasil possuía em comparação a outros países.

Após as colocações dos constituintes os expositores passaram a comentá-las. Ézio Cordeiro defendeu a unificação descentralizada do sistema de saúde, a cogestão e o orçamento advindo de várias fontes de financiamento com repasses mensais, de forma a evitar a concentração de recursos em algumas regiões apenas. Cordeiro também enfatizou a importância do setor privado filantrópico na área da saúde. Quanto ao setor privado lucrativo, a ele caberia

uma função complementar aos serviços públicos e aos serviços filantrópicos, sendo estes últimos caracterizados como serviços que atendem ao interesse coletivo, visto a estreita relação que possuem junto ao setor público. Por fim, destacou a necessidade de implementação de maior fiscalização e de uma remuneração justa para serviços conveniados e contratados.

Arlindo Fabio de Sousa colocou à disposição da subcomissão textos produzidos pela CNRS que tratam dos pontos abordados pelos constituintes e que poderiam subsidiar as reformas necessárias ao documento discutido. José Alberto Hermógenes destacou a questão dos medicamentos e a possibilidade de produção deles por uma rede estatal de laboratórios farmacêuticos e solicitou que os redatores ousassem no texto constitucional, incluindo a questão da amplitude do direito à saúde e a medicina preventiva.

A 8ª reunião, realizada em 22 de abril de 1987, destinou-se a assuntos afetos à seguridade, com a presença do Ministro da Previdência e Assistência Social, Raphael de Almeida Magalhães. Com relação à saúde, o Ministro destacou a necessidade de que o custeio se separasse da Previdência, com ampliação dos recursos e fixação de um gasto orçamentário básico com vinculação de parte da receita para a saúde.

O constituinte Cunha Bueno (PDS) indagou junto ao Ministro acerca do custo do leito público em comparação ao privado, sugerindo que a rede privada seria mais em conta, razão pela qual ela deveria prevalecer nos atendimentos. Contudo, o Ministro não confirmou a afirmação do constituinte, sob a justificativa de que definir apropriações de custos de forma confiável não é tarefa fácil quando se trata de hospitais, já que várias questões devem ser levadas em conta. No entanto, afirmou que existe uma comissão em andamento para emissão de um relatório nesse sentido, adiantando que naquelas circunstâncias a Previdência destinava metade do gasto com saúde à rede privada e metade à rede pública, incluindo União, Estados e Municípios.

A 8ª reunião trouxe importantes debates acerca do financiamento da seguridade no Brasil, incluindo a saúde. A preocupação se circunscreveu em torno dos escassos recursos frente à crescente necessidade e à carência na prestação de serviços. Após discussões, a solução apresentada foi a criação de um orçamento único provido por várias fontes federais, estaduais e municipais.

Ocorrida no dia 23 de abril de 1987, a 9ª reunião foi destinada à audiência pública dos representantes da Federação Brasileira de Hospitais e da Confederação Nacional das Indústrias. Sílio Andrade, da Federação Brasileira de Hospitais, destacou o desenvolvimento, sobretudo relacionado aos aspectos sociais e humanos, como fator de melhoria da saúde dos povos, fato que considerou bastante crítico no Brasil. Andrade enfatizou o papel das entidades privadas no

atendimento da população, com a manutenção de uma assistência à saúde que caracterizou como mais digna. Apresentando dados numéricos, apontou que a rede hospitalar privada exercia papel predominante na assistência à saúde com custo de atendimento de 7 a 10 vezes menor quanto comparado à rede pública. A respeito da integralização das ações de saúde e da autonomia dos entes federados, Andrade destacou a importância da participação da comunidade na gestão dos recursos públicos.

O representante da Associação Brasileira de Medicina de Grupo e Empresarial (ABRAMGE), Alexandre Lourenço, destacou as falhas do sistema de atendimento público que não é capaz de demonstrar competência na gestão dos serviços de saúde. Em contrapartida, elogiou a atuação da iniciativa privada como um sistema altamente eficiente apresentando seu desejo para a Constituinte: *“Que haja, realmente, a universalização do atendimento à população, que haja possibilidade de essa população ter acesso à livre escolha da forma a ser atendida e que permaneça o pluralismo de atendimento”* (p. 91)¹⁸. Para tanto, não caberia o desaparecimento de toda a iniciativa privada, mas sua convivência com o setor público.

Francisco Ubiratan Dellape, representante da Federação Nacional dos Estabelecimentos e Serviços de Saúde (FENAESS) trouxe o debate entre estatização *versus* privatização. A estatização do setor foi colocada por ele como um totalitarismo condenável, de forma a ser necessária a definição dos limites da atuação do Estado na economia: *“Admitir-se a exclusiva natureza pública da saúde poderá ensejar a trilha indesejada para a prática socializante neste setor (...) não obstante, há de ser declarado na Constituição que a iniciativa privada tem papel singular e insubstituível no âmbito da saúde, particularmente na prestação de serviços médico-hospitalares, farmacêuticos e odontológicos, reabilitação e reintegração à sociedade.”* (p. 92)¹⁹. Dellape creditava a eficiência e a racionalização dos serviços ao setor privado, para justificar a construção de um modelo de relacionamento entre setor público e privado que pudesse alcançar a universalização dos serviços almejada. Por fim, Dellape apresentou uma proposta para a redação da constituinte, que deixava ao povo a opção pela livre escolha do atendimento à saúde, se público ou privado.

Art 1º Todos têm direito à proteção à saúde.

Parágrafo único. A todos cabe o direito de escolher o sistema de atendimento, público ou privado, que preferir.

§ 2º No atendimento médico hospitalar, inclusive da seguridade, não se diferenciará entre o setor público e o setor privado, nem entre os diversos segmentos desse, assegurando-se aos particulares a justa remuneração pelos serviços prestados.

Art 2º Lei complementar disciplinará o sistema nacional de saúde, coordenando a atuação do setor público e do setor privado bem como fixando-lhe as responsabilidades.

§ 1º O sistema nacional de saúde terá como órgão superior o Conselho Nacional de Saúde com organização e atribuições fixadas na lei complementar, à qual caberá, além da coordenação dos diversos setores, planejar e

¹⁸ Anais da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio ambiente.

¹⁹ Idem 7

fiscalizar as ações de saúde, assim como opinar sobre projeto de lei de qualquer natureza, ou atos do Executivo que definirem a responsabilidade de assistência médica, nominarem programas de saúde e determinarem os respectivos agentes executores, alocarem recursos humanos, materiais e financeiro na área de saúde ou estabelecerem as suas fontes de custeio.

§ 2º A Composição do Conselho Nacional de Saúde observará o princípio de paridade entre os representantes do Poder Executivo, do Poder Legislativo, das entidades sindicais de trabalhadores e das organizações sindicais patronais ou mesmo as não-sindicais, as nacionais.

§ 3º Nenhuma decisão será tomada pelo Conselho Nacional de Saúde sem prévia audiência dos interessados, quando possível, em sessão pública, podendo, na forma da lei, ser atribuída à entidade de classe a representação dos grupos afetados pela questão.

Pedindo a palavra Eduardo Jorge (PT) criticou o planejamento do livre jogo do mercado, haja vista que tal modelo representaria o “não-planejamento que vigorou no Brasil durante a ditadura militar com a privatização da saúde e com serviços insatisfatórios. Cunha Bueno (PDS) entrevistou em oposição à fala de Jorge alegando que desde 1930 o Estado se mostra insuficiente para atender às necessidades da população. Eduardo Jorge (PT) destacou, então, que “ *a concepção predominante durante a ditadura militar, inclusive, quem estava na direção do INAMPS, do INPS e de órgãos correlatos eram pessoas da iniciativa privada, foi a de que o livre jogo no mercado levaria à universalização, à melhoria da qualidade e isto não aconteceu*” (p.94)²⁰.

Em contrapartida, Cunha Bueno (PDS) argumentou acerca do custo elevado do serviço governamental, defendendo a atuação do setor privado de saúde: “*Agora, nós sabemos que o preço, hoje, da diária é de 144 cruzados, e o preço do custo do leito governamental é de 1500 cruzados. Será que não existe também uma grande fraude aí nesta diferença. E o pobre do contribuinte. Por que uma diferença tão grande de 144 cruzados de um lado, para 1500 do outro, dez vezes mais? Será que também não existe uma política governamental de se colocar um torniquete na iniciativa privada, a fim de que ela seja obrigada a fraudar realmente.*” (p. 95)²¹. Em seguida, Geraldo Alckmin (PMDB) sustentou que o setor privado lucrativo não destina atenção ao aspecto social, enquanto o setor não lucrativo, as Santas Casas, atende indistintamente toda a população.

Durante esta reunião foi possível perceber a argumentação, inclusive com dados numéricos, dos representantes do setor privado lucrativo que defendiam a participação privada na saúde pública. Foi uma audiência com muitos debates acerca do público e do privado na saúde. Adylson Mota (PDS) explanou defendendo a iniciativa privada, porém com fiscalização estatal. Geraldo Alckmin (PMDB) também se mostrou favorável à livre iniciativa alegando que

²⁰ Anais da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio ambiente.

²¹ Anais da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio ambiente.

“aquilo que a atividade privada puder fazer o Estado não deve fazê-lo” (p. 100)²², porém não deixando de destacar que a saúde é uma função básica que cabe ao Estado e não predominantemente à iniciativa privada, como ocorria nos anos anteriores à Constituinte.

A 10ª reunião, em 28 de abril de 1987, igualmente destinou-se à audiência pública da área da saúde. Rodolfo Júnior e Maria Luíza, representantes da Central Única dos Trabalhadores – CUT – apresentaram aos constituintes um documento que contempla o direito à saúde de forma bastante ampla:

“A saúde é um direito de todos os indivíduos e da população em geral, assegurada através da ação direta do Estado, que implica na utilização dos conhecimentos e avanços científicos e tecnológicos de forma igual para todos; que permita detectar a influência dos fatores físicos, biológicos, sociais, econômicos, educacionais, e culturais, e os relativos às condições e organizações do trabalho e do meio ambiente, e que permitam prevenir e eliminar suas influências desfavoráveis, bem como reparar os seus efeitos, contando para isso com a participação em nível decisório das entidades populares e do cumprimento do dever do Estado”.

O direito à saúde pressupõe entre outros os seguintes direitos:

- Estabilidade no emprego com salário que cubra as necessidades básicas do indivíduo e da sua família, com jornada de trabalho de no máximo 40 horas.
- Moradia digna com todos os serviços básicos de infraestrutura, incluindo saneamento, lazer e facilidade de acesso ao local de trabalho.
- Acesso à alimentação adequada nos diferentes estágios biológicos para assegurar o direito do acesso de todas as pessoas. A alimentação e nutrição são obrigações do Estado.
- A implantação da reforma agrária, tendo como base o entendimento de que a terra é patrimônio social, prevalecendo o interesse coletivo sobre o direito individual de propriedade.
- A adoção de uma política voltada prioritariamente para a produção de alimentos básicos, com vistas ao atendimento das necessidades alimentares e nutricionais de toda a população.
- A adoção de uma política de armazenamento, distribuição e abastecimento que atenda às necessidades internas do País, incluindo a formação de estoques reguladores que possibilitem a estabilização de preços e a disponibilidade de alimentos.
- Privilegiamento da conservação do meio ambiente, da eliminação do uso de agrotóxico, com adoção de práticas alternativas e agricultura ecológica, quando da utilização da tecnologia de produção agrícola.
- A adoção de legislação que regule a importação, produção, transporte, comercialização e o uso de substâncias ativas e formulações empregadas na produção agropecuária e agroindustrial.
- Transporte coletivo, estatal, adequado e seguro.
- Educação pública, estatal e gratuita e todos os níveis com gestão coletiva.
- Acesso universal a produção cultural artística. Liberdade de expressão e organização.
- Recusa ao trabalho em ambientes insalubres, perigosos ou que representem riscos graves ou iminentes, enquanto não forem adotadas medidas para a sua eliminação sendo vedada qualquer punição ou redução de remuneração.
- Transferência da gestante para outro local de trabalho ou atividade, sempre que as condições de trabalho possam causar prejuízos à sua saúde ou à do feto, sendo proibido o trabalho de mulheres em ambientes capazes de lesar a sua capacidade de reprodução.
- Assistência à saúde pública, estatal, integral e gratuita a toda a população, sem qualquer discriminação ou distinção de condições individuais ou sociais, segundo modalidades que assegurem a igualdade dos indivíduos em relação à prestação de serviços, com garantias de opção de tratamento.
- Assistência integral à saúde da mulher em todas as fases da vida, independente da sua condição biológica procriadora, exclusivamente, através de programas governamentais, amplamente discutidos com as mulheres e o restante da população, implementados com a sua participação e sob o seu controle.
- Participação, em nível de decisão, das entidades populares na formulação, controle e avaliação da política nacional de saúde nos níveis federal, estadual, municipal e local.
- Informações epidemiológicas a respeito das condições coletivas de saúde das entidades populares.
- Informações relativas ao seu estado de saúde e doença a todos os indivíduos.
- Participação dos consumidores no planejamento, execução e controle das políticas nacionais de medicamentos e equipamentos.

²² Anais da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio ambiente.

- Opção quanto a ter ou não ter filhos inclusive com a interrupção da gravidez, com a garantia de acesso aos métodos anticoncepcionais e atendimento através do Sistema Nacional de Saúde.
- Duração da jornada de trabalho compatível com a penosidade da atividade, levando em conta as exigências físicas e mentais de cada tipo de trabalho.
- É dever do Estado prestar diretamente as ações e serviços de promoção, tratamento, recuperação e reabilitação da saúde, com atendimento universal, igualitário em todos os níveis e sem discriminação.
- Incorporar todos os recursos tecnológicos de diagnósticos e tratamentos disponíveis, medicamentos hemoderivados e imunobiológicos e biotecnológicos entre outros, para promoção, proteção, tratamento, recuperação e reabilitação da saúde, independente da região geográfica do usuário.
- Garantir o trabalho em condições de salubridade e segurança, bem como a preservação do meio ambiente.
- Adotar leis que controlem a importação, produção, transporte, comercialização e uso de produtos químicos, e o direito ao segredo comercial e industrial não poderá sobrepor às questões relativas à saúde coletiva.
- Informar as entidades populares a composição dos produtos químicos e os riscos que representam.
- Produzir, através da ação direta, os insumos necessários à produção de medicamentos essenciais ao atendimento das necessidades de saúde da população.
- Organizar um sistema estatal de produção e distribuição de medicamentos imunobiológicos, bem como de sangue e hemoderivados.
- Manter um sistema nacional de controle de qualidade de insumos básicos, de medicamentos imunobiológicos, bem como de sangue e hemoderivados.
- O Sistema Nacional de Saúde será único, constituído por urna rede de serviços públicos, estatal, integrada, regionalizada e hierarquizada, e com descentralização político-administrativa, de forma a garantir a autonomia local e a participação popular nas definições de suas prioridades.
- O Sistema Nacional de Saúde pública estatal e gratuita deve contar com uma política de recursos humanos que responda às suas necessidades tanto do ponto de vista qualitativo como quantitativo.
- Estarão contemplados na política de recursos humanos: instituição de um plano de carreira multiprofissional, garantindo o ingresso por concurso público; remuneração condigna, e isonomia salarial e de carga horária para as mesmas categorias profissionais, bem como para todas as categorias com o mesmo grau de formação, condições dignas de trabalho, estabelecendo, entre outras, jornadas de trabalho que não coloquem em risco a qualidade da assistência prestada; capacitação, formação, aprimoramento e educação continuada aos quadros de recursos humanos, sejam de nível federal, estadual ou municipal; participação das entidades de trabalhadores da área de saúde, do planejamento e execução e avaliação da política de saúde em todos os níveis; direito de sindicalização e de greve aos trabalhadores de saúde.
- As atribuições do Poder Público, nos níveis federal, estadual e municipal, assim como os mecanismos de coordenação e administração do Sistema Nacional de Saúde serão definidos pela lei do sistema e outras leis ordinárias destinadas à normatização dos seus aspectos específicos.
- É garantida a participação das entidades populares em nível de decisão na formulação, controle e avaliação da legislação e operacionalização do Sistema Nacional de Saúde.
- A política nacional de saúde deve ser objeto de um plano nacional de saúde plurianual, consolidado e aprovado nas instâncias legislativas da União, dos Estados e dos Municípios.
- O plano nacional deve conter, para cada período, as metas, os recursos e a estratégia político-operacional para a sua implementação, bem como, um fundo específico para financiar os movimentos científicos e tecnológicos e de recursos humanos que buscam alternativas locais para o setor.
- As atividades de ensino, pesquisa, desenvolvimento tecnológico e produção de insumos e equipamentos essenciais para a saúde, subordinam-se à política nacional de saúde, e são desenvolvidos sob controle estatal, com vistas à preservação da soberania nacional.
- Os financiamentos das ações e serviços de responsabilidade pública serão providos com recursos fiscais e para fiscais, com destinação específica para a saúde, que atendam às necessidades do sistema nacional, cujos valores serão estabelecidos em lei e submetidos à gestão única em vários níveis de organização.
- É livre o acesso dos trabalhadores e seus representantes nas empresas, a qualquer momento, para fiscalizarem as condições de segurança e saúde.
- Ficam garantidos também o direito de requisitar e obter informações relativas a processos, produtos, substâncias, resultados de exames médicos e outros, que tenham influência direta sobre o estado de saúde e doença dos trabalhadores.
- É garantida a participação, a nível de decisão, dos trabalhadores e seus representantes, na formulação de legislação relativa às condições e organização do trabalho bem como na fiscalização do seu Cumprimento
- Os proprietários dos meios de produção são diretamente responsáveis pelas condições dos ambientes e organização do trabalho que possam causar acidentes ou danos à saúde. Deverão reparar qualquer dano causado aos trabalhadores ou à população.
- Além do Ministério Público, as entidades populares são partes juridicamente válidas para impetrar ações em defesa das coletividades que representam.

- *É vedada a produção e ingresso no País de substâncias ativas proibidas nos países de origem, a realização de experimentos com substâncias ativas que envolvam riscos à saúde humana.*
- *Fica assegurado às entidades populares o direito de participar da fiscalização do cumprimento deste dispositivo.*

Da leitura do documento apresentado vislumbra-se uma interpretação extensa do direito à saúde, cuja amplitude superou todas as outras antes apresentadas e contemplou muitas das discussões anteriores dos constituintes. De se destacar o dever incumbido ao Estado de prestação direta de todos os serviços e ações de promoção, tratamento, recuperação e reabilitação da saúde, o que demonstra um alinhamento dos representantes da CUT às ideologias progressistas. Para eles o fato do mau funcionamento do sistema estatal não justificaria a utilização do setor privado, sendo necessário o fortalecimento do Estado para prestação de bons serviços: *“em relação à questão de estatização, a posição da CUT é que se tem que ter um sistema público, estatal e gratuito que atenda a toda a população. Isso significa que é necessário fazer, mais do que urgente, já devia estar sendo feito há muito tempo, um diagnóstico da real necessidade a nível de cada local deste País, cada município, cada Estado em relação a que estrutura de serviço de saúde é necessário”* (p. 113)²³.

Representando a Coordenação Nacional de Associações de Moradores Maria Aladilce de Souza falou sobre a relação entre saúde, moradia, saneamento básico, educação, emprego e salário justo. Abordou também a exclusão do acesso à saúde, que discrimina o pobre e defendeu a estatização da rede de serviços à saúde, a fim de evitar a comercialização da área *“o Estado, o Governo precisa garantir a implementação de medidas que levem à estatização, como, por exemplo, a criação e ampliação de uma rede pública estatal de saúde, com serviços de boa qualidade, seria uma das medidas apontando o rumo da estatização, o não investimento de recursos no setor privado.”* (p.113)²⁴

Roberto Chabo, da Federação Nacional dos Médicos submeteu a proposta dessa Federação e do Conselho Federal de Medicina para apreciação dos constituintes. Neste documento a saúde surge como responsabilidade do Estado, mas com a permissão da participação do setor privado, que se daria sob a égide de um contrato de Direito Público:

Art. 1º A saúde é um direito de todos os habitantes do território nacional, sem qualquer fator de discriminação. Parágrafo único. O direito à saúde significa garantia pelo Estado de condições dignas de vida e acesso universal igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, assim como reabilitação em todos os seus níveis.

Art. 2º O conjunto das ações e serviços destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde, assim como reabilitação, é uma função de natureza pública, cabendo ao Estado a sua normatização, execução e controle.

²³ Anais da Subcomissão de Saúde, Segurança e Meio ambiente.

²⁴ Idem 14

§ 1º É assegurada a livre organização de serviços de saúde, de capital exclusivamente nacional, e a prática liberal, obedecidas as normas técnicas vigentes, sendo vedada para esta finalidade a utilização de recursos públicos para investimento e custeio.

§ 2º A participação do setor privado neste conjunto de ações públicas poderá ocorrer sob condições estabelecidas em contrato do Direito Público.

§ 3º O Poder Público poderá intervir, desapropriar ou expropriar os serviços de natureza privada necessários ao alcance dos objetivos da Política Nacional de Saúde.

Art. 3º As ações de serviço de saúde integrarão uma rede única regularizada e hierarquizada, conformando um sistema nacional de saúde organizado de acordo com os seguintes princípios:

I – Unicidade na formulação e condução das políticas nos níveis federais, estaduais e municipais.

II – Descentralização da gestão dos serviços:

III – universalização da cobertura e do acesso da população a todos os níveis de atenção:

IV – Participação dos vários segmentos sociais na formulação e no controle das políticas de ações.

Art. 4º O financiamento do Sistema Nacional de Saúde será feito com recursos orçamentários da União, Estados, Municípios, Distrito Federal, que destinarão o mínimo de 12% de sua receita tributária e Previdência Social.

§ 1º A Previdência Social alocará o mínimo de 25% da receita do Fundo de Previdência Social ao Sistema Nacional de Saúde, que serão gradualmente substituídos por outras fontes a partir do momento em que o gasto nacional em saúde alcance 8% do Produto Interno Bruto.

§ 2º A União poderá estabelecer tributos vinculados e destinados ao financiamento do Sistema Nacional de Saúde.

§ 3º A integração dos recursos das várias fontes dar-se-á através de fundos de saúde nos níveis federal, estadual e municipal, administrado de forma colegiada pelos órgãos financiadores, executores e por representantes dos usuários.

Art. 5º As atribuições do Poder Público, nos níveis federal, estadual e municipal, assim como os mecanismos de coordenação, administração e financiamento do Sistema Nacional de Saúde, serão definidas em uma lei do Sistema Nacional de Saúde.

Art. 6º As políticas de recursos humanos, insumos, equipamentos e desenvolvimento científico e tecnológico para o setor saúde serão subordinados aos interesses e diretrizes do Sistema Nacional de Saúde.

Parágrafo único. A política de recursos humanos para o Sistema Nacional de Saúde garantirá aos profissionais de saúde:

I – Plano de cargos e salários;

II – Remuneração condigna;

III – Isonomia salarial entre as mesmas categorias profissionais nos níveis federal, estadual e municipal;

IV – Admissão através de concurso público;

V – Estabilidade no emprego;

VI – Incentivo à dedicação exclusiva – diríamos, assim, menos dedicação exclusiva, mas sim tempo integral;

VII – Capacitação e reciclagem permanente, direito à sindicalização e a greves;

Art. 7º O poder público disciplinará e controlará a distribuição e a produção de medicamentos imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos críticos para o setor, com vistas à preservação da soberania nacional.

Após a apresentação das propostas, os constituintes, diante da amplitude da documentação, trataram de restringir assuntos afetos apenas a área da saúde, deixando para outras subcomissões assuntos paralelos ao núcleo essencial da saúde, tais como as relações de trabalho.

A 10ª reunião, realizada em 28 de abril, trouxe muitos debates acerca do funcionalismo empregado na área da saúde. Outro assunto bastante abordado foi a questão dos medicamentos, sobre a qual Roberto Chabo destacou a necessidade de produção nacional, rememorando o pensamento do Partido Trabalhista Brasileiro de criar uma indústria farmacêutica Nacional, denominada Farmacobrás.

No dia 29 de abril ocorreu a 11ª Reunião, ainda destinada à oitiva de entidades do setor de saúde. Moysés Goldbaum e Eleutério Rodrigues Neto da Associação Brasileira de Saúde Coletiva expuseram a necessidade de reorganização da saúde, enfatizando a questão da

pesquisa, da biotecnologia, dos equipamentos, medicamentos e imunobiológicos. Pedro Dimitrof, da Associação Paulista de Saúde Pública, discutiu sobre a população carente de amparo à saúde mental, excluída dos cuidados necessários, e também sobre a ligação entre saúde e condições de trabalho, incluindo os acidentes de trabalho. Dimitrof explanou acerca do apoio de instituições privadas ao Estado, sobretudo aquelas sem fins lucrativos, as quais deveriam receber transferências de recursos no que fosse necessário.

Representantes do Conselho Federal de Farmácia, Célia Neves, Renato Baruffaldi e Antônio Carlos, ratificaram as definições fundamentais da VIII Conferência de Saúde, em especial a criação de um sistema único de saúde e a implementação de uma reforma sanitária. Por fim, foi apresentada aos constituintes a proposta da categoria farmacêutica, que trouxe a responsabilidade do Estado pela saúde e pela fiscalização da produção de produtos químicos, biológicos e farmacêuticos; a complementariedade do setor privado nas ações de saúde; a garantia de universalização da assistência farmacêutica à população, além de outras disposições atinentes ao setor de medicamentos. A proposta apresentada pelo seguimento foi esta:

1º – A assistência farmacêutica é um direito de todos e dever do Estado, por extensão à proposta da conferência de que a saúde é um direito de todos, um dever do Estado.

Cabe ao Estado disciplinar e fiscalizar a produção, a distribuição, as responsabilidades dos produtos químicos, biológicos e farmacêuticos e outros meios de tratamento de diagnóstico.

Cabe ao Estado disciplinar e fiscalizar as empresas privadas de assistência à saúde, articulando-as com o sistema nacional de saúde.

Na área do medicamento: garantia da universalização da assistência farmacêutica à população, através da rede pública, com uma adoção extensiva da Rename, Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, como instrumento de racionalização e fornecimento da concentração de investimentos por parte da nacionalização do setor industrial farmacêutico.

Fortalecimento administrativo da CEME – Central de Medicamentos – de modo a assegurar a regularização da oferta e da distribuição de medicamentos, etc.

Articulação efetiva dos organismos federais, estaduais, regionais e municipais, coordenadores das ações integradas da saúde, visando a racionalização da programação das necessidades de medicamentos essenciais.

Incentivo à indústria farmacêutica nacional, privada e estatal, mediante a concessão de preferência nas aquisições de medicamentos pelo Poder Público nas esferas federais, estaduais e municipais.

Utilização da rede de laboratórios governamentais, como instrumento de produção estratégica e de referência do medicamento Ceme, em termos de qualidade e custos.

Proibição da publicidade de medicamentos, através dos meios de comunicação de massa, como forma de inibir ou coibir a indução à automedicação.

Financiamento governamental a projetos, pesquisas, e desenvolvimento tecnológico industrial voltados à autonomia da produção de matérias-primas e medicamentos essenciais.

Obrigatoriedade da aquisição de medicamentos para uso público, dos produzidos pelas empresas nacionais, quando disponíveis. O medicamento, enquanto questão de soberania estatal, não terá tratamento como simples mercadoria, mas sim como produto essencial à recuperação da saúde cuja dispensação deverá ter lugar apenas em estabelecimento farmacêutico caracterizado como posto de orientação sanitária.

As funções de dispensação de medicamentos são de responsabilidade privativa do farmacêutico. Portanto, a propriedade do estabelecimento farmacêutico, enquanto ela houver, de dispensação direta ao consumidor deve ser exclusiva desse profissional.

Criação de plano racional de zoneamento dos estabelecimentos farmacêuticos, integrado a uma política nacional de saúde voltada aos interesses da comunidade.

Pelo Conselho Federal de Medicina, Francisco Álvaro Barbosa Costa ponderou que a nova Constituição deve conter os interesses do conjunto da sociedade e não apenas de alguns

grupos partidários ou regionais. Destacou a importância do trabalho médico e do necessário controle social sobre o Estado.

De se ressaltar na fala de Barbosa Costa a excelência no funcionamento de alguns hospitais públicos do Brasil. Contrariando argumentos anteriores, de que hospitais privados seriam superiores aos públicos, foram apresentadas várias instituições públicas que tiveram seus serviços de saúde elogiados por Barbosa Costa, o qual destacou que *“os hospitais que tratam de doenças que requerem alto investimento e alta tecnologia, são todos públicos. Não há nenhum hospital privado, porque a lógica é do lucro, e é lógico que a lógica do lucro impede que isso aconteça. A lógica do lucro, a saúde como mercadoria, o atendimento hospitalar como negócio não pode permitir o compromisso com esse tipo de patologia, com as doenças crônicas e degenerativas, com os prontos-socorros. (...) Então, não é verdade que o setor privado seja melhor que o público, e é menos verdade ainda dizer que ele contribua para formação de recursos humanos. (...) A ineficiência, o sucateamento e a desmoralização do setor público é a estratégia do setor lucrativo e a insensibilidade do governo militar.”* (p. 121)²⁵. Ao final de sua explanação, Costa foi aplaudido.

Marta Nóbrega, da Central de Medicamentos, enfatizou a importância de que assuntos afetos a medicamento sejam tratados no interior do Ministério da Saúde por razões de segurança social, já que medicamento representa o insumo fundamental para solução do problema da saúde. Destacou, ainda, a dependência do Brasil frente ao setor internacional e a necessidade do desenvolvimento de um parque químico-farmacêutico no país sugerindo que *“as aquisições de produtos farmacêuticos para uso público recairão nos artigos produzidos por empresas nacionais, quando disponíveis internamente”* (p. 123)²⁶.

Representando a Associação Brasileira de Enfermagem, Maria José dos Santos enfatizou a responsabilidade do Estado em assegurar a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde de todos, evidenciando a questão da saúde e as condições de trabalho do trabalhador, em especial da enfermagem. Destacou também, quanto ao setor privado, que cabe a ele se encaixar nas regras e no controle do setor público, possibilitando a formação de um sistema único, em que o financiamento seja público.

Arimar Ferreira, da Confederação das Casas de Misericórdia do Brasil, apresentou dados capazes de demonstrar que na área da saúde as Instituições Filantrópicas representavam 51,2% da oferta de leitos em todo País, enquanto o governo detinha 22,26% e as empresas de

²⁵ Anais da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio ambiente.

²⁶ Idem 19

saúde 22,54%. O significado numérico provava a importância desse segmento no quadro de saúde do Brasil, vigente em 1987. Ferreira destacou o sistema colegiado de gestão das entidades filantrópicas e enumerou as condições que as definem: *“no entender da Confederação das Misericórdias do Brasil, uma instituição filantrópica é aquela que atende projetos sociais de alto interesse comunitário integrados a nível da União, Estados e Municípios. É uma instituição que aplica todos os seus resultados econômicos e financeiros em benefício dessas finalidades estatutárias dentro do País. É uma instituição em que a sua Diretoria, Conselhos Administrativos, Conselhos Fiscais, não tenham qualquer vínculo de emprego, não recebam proventos direta ou indiretamente, ou pratiquem transações comerciais diretamente com a instituição”* (p. 124)²⁷. Por fim, destacou que as instituições filantrópicas seriam uma extensão do governo, a qual não poderia ser encampada pelo Estado. Solicitou aos constituintes que as equiparassem às instituições governamentais, principalmente no que se refere à carga tributária e que lhes conferissem importância maior quando comparadas às instituições privadas de saúde com finalidade lucrativa.

Ogari de Castro Pacheco da Associação Nacional dos Laboratórios Farmacêuticos Nacionais, ALANAC, salientou que, em termos de assistência farmacêutica havia uma relevante carência para a população brasileira, além da situação desfavorável no campo dos fármacos, bastante dependente de importações. Por fim, trouxe a proposta de redação constitucional da ALANAC que privilegiava a questão da produção farmacêutica e industrial.

Art.1º Fica assegurada a obrigatoriedade da aquisição, pelo Poder Público, de produtos farmacêuticos e matérias-primas produzidas por empresas de capital e controle nacionais, quando disponíveis internamente. Na definição de empresa nacional, nós julgamos importante constar que as pessoas jurídicas constituídas e com sede no País, cujo controle esteja, em caráter permanente, exclusivo, e incondicional, sob a titularidade direta ou indireta de pessoas físicas residentes e domiciliadas no País, ou por entidades de direito público interno, entendendo-se controle por: 1º) controle e decisório – o exercício de direito e de fato do poder de eleger administradores da sociedade e de dirigir os órgãos de funcionamento da empresa; controle tecnológico – o exercício de direito e de fato do poder de desenvolver, gerar, adquirir e transferir a tecnologia de produtos, de processo de produção e controle de capital – a detenção direta ou indireta de, no mínimo, 70% do capital com direito efetivo, potencial de voto e do capital social.

§ 1º No caso das sociedades anônimas de capital aberto, as ações, com direito a voto ou a dividendos fixos ou mínimos deverão corresponder no mínimo a 2/3 do capital social e somente poderão ser propriedade ou subscritas ou adquiridas por pessoas físicas, residentes e domiciliadas no País, ou entes de direito público interno; pessoas jurídicas de direito privado constituídas e com sede e foro no País, que preencham os requisitos definidos neste artigo, para o seu enquadramento como empresa nacional; pessoas jurídicas de direito público interno. As ações com direito a voto ou a dividendos fixos guardarão a forma nominativa.

Art.2º Fica assegurado a todo o setor da economia, em fase de desenvolvimento tecnológico visando a autonomia industrial, a não privilegiabilidade referente à propriedade industrial. No interesse da defesa e da soberania, o País poderá denunciar, a qualquer tempo, os acordos internacionais de patentes.

Art. 3º A legislação sanitária privilegiará as empresas nacionais quanto ao registro de produtos novos e de similares, possibilitando dessa forma a autonomia interna.

Art. 4º O Poder Público providenciará incentivos específicos às empresas nacionais que realizem esforços na área de investigação científica e tecnológica, e estejam integradas à política de saúde do País e que permitam um tratamento diferenciado, nas áreas fiscais e tributárias, tratamento diferenciado na área financeira,

²⁷ Anais da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio ambiente.

privilegiamento quanto à política de preços do CIP, tratamento diferenciado quanto à política de importação e exportação.

Em seguida alguns constituintes se manifestaram com perguntas às entidades, sendo destacado o caráter democrático daquela reunião com a convocação de vários segmentos sociais. Eduardo Jorge (PT) se mostrou muito participativo nesse momento trazendo assuntos como a integralização e unificação da saúde, universalização, o papel das Santas Casas e da filantropia, além da questão da participação e do controle popular.

A 12ª reunião, realizada em 30 de abril de 1987, contou com a presença do Ministro da Saúde, Roberto Figueira Santos. Santos enalteceu o momento de elaboração constitucional, tão necessário para que a saúde chegasse à população que dela se encontrava excluída. Asseverou sobre a unificação dos serviços de saúde, de forma a suprimir a separação ocorrida, desde a década de 1940, dos serviços de preservação e de restauração da saúde, enaltecendo a criação do Sistema Unificado de Saúde, capaz de dar cobertura de natureza preventiva e curativa a toda a população, sem deixar de expor a questão do financiamento desse sistema, o qual também deveria ser elaborado pela constituinte. Por fim, endossou o trabalho da Comissão Nacional da Reforma sanitária, da qual participou ativamente.

O constituinte Eduardo Jorge (PT) questionou o Ministro da Saúde acerca da forma pela qual se daria o relacionamento entre a rede pública estatal e o setor privado da saúde, sobretudo o lucrativo. Ao responder, o Ministro explanou, de forma bastante breve e sem maiores aprofundamentos, os ideais já registrados na proposta da CNRS admitindo que a saúde é objeto de exercício público, mas sem recusa à participação de entidades privadas. Geraldo Alckmin (PMDB) mostrou preocupação com a questão orçamentária e financeira. Raimundo Bezerra (PMDB) conferiu relevância à pesquisa na área da saúde e Carlos Mosconi (PMDB) ponderou acerca da inexistência, na classe política, de um movimento que efetivamente se importe com a saúde no Brasil, pugnando por um entrosamento mais forte entre Ministério da Saúde e a classe política e para que a Constituição seja escrita de acordo com a realidade do país, conferindo destaque para o financiamento e para a questão dos medicamentos.

O presidente da Fundação Oswaldo Cruz, Antônio Sergio Arouca, discursou sobre a preponderância da saúde como direito básico, sobre a medicina preventiva e sobre financiamento. O constituinte Pedro Canedo (PFL) indagou Arouca acerca do contraste entre medicina pública e privada. Ao respondê-lo, Arouca atestou que a saúde deve ser pública, porém sem restritivos legais para a organização da medicina privada. Na prática a saúde, para ele, deveria estar dividida em três segmentos: a saúde pública, a privada contratada pela saúde pública e o setor liberal, sendo que “*a medicina contratada, ou seja, paga pelo setor público,*

deve ser controlada pelo setor público” (p. 146)²⁸, fato que também representava o interesse contido no documento da CNRS.

Após debates, a reunião se encerrou. A 13ª reunião, ocorrida no dia 05 de maio de 1987, foi destinada a debates acerca da Previdência com a presença de Reinhold Stephanes, ex-presidente do INPS e do INAMPS e ex-Deputado Federal, que destacou, no que se refere à saúde, o gasto pequeno e mal-empregado, além da situação caótica que se encontravam os diversos setores de saúde. Na mesma reunião foram ouvidos representantes do Conselho Federal de Odontologia (CFO) que clamaram para que a saúde bucal e seus prestadores tivessem importância no trabalho constituinte. Alguns questionamentos se seguiram a Reinhold Stephanes, em sua imensa maioria sobre assuntos relacionados à Previdência.

Em 06 de maio foi realizada a 14ª Reunião destinada à audiência pública ligada ao meio ambiente. Contudo, nesta mesma reunião foi ouvida Jaqueline Pitanguy, representante do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher. Pitanguy entregou uma proposta para a saúde, que destacava a saúde da mulher e suas questões específicas, tais como planejamento familiar e aborto.

Art. É assegurado a todos o direito à saúde, cabendo ao Estado garantir condições básicas de saneamento, habitação e meio ambiente.

Art. Compete ao Estado:

I – prestar assistência integral e gratuita à saúde da mulher, nas diferentes fases de sua vida;

II – garantir a homens e mulheres o direito de determinar livremente o número de filhos, sendo vedada a adoção de qualquer prática coercitiva pelo poder público e por entidades privadas;

III – assegurar o acesso à educação, à informação e aos métodos adequados à regulação da fertilidade, respeitadas as opções individuais;

IV – regulamentar, fiscalizar e controlar as pesquisas experimentações desenvolvidas no ser humano.

Também foi ouvida a representante da Comissão Nacional Criança e Constituinte, Zuleica Portela, que conclamou a união de esforços para o bem-estar e saúde infantil, tendo em vista a precariedade da saúde da criança brasileira. Nesta reunião houve discussão sobre métodos contraceptivos e aborto, com opiniões divergentes entre os expositores e debates entre os constituintes e representantes da área da saúde que lá se encontravam.

A 16ª Reunião ocorreu em 11 de maio de 1987 e destinou-se a discussões sobre a previdência. Na seara da saúde houve a participação de João Carlos Luiz, Presidente da Associação de Lazerterapia, o qual sugeriu que no Brasil fosse adotado um sistema de credenciamento de médicos, no qual os cidadãos poderiam escolher atendimento dentre os médicos credenciados e pagos pelo Estado. Tal sugestão não foi acolhida pelos constituintes,

²⁸ Anais da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio ambiente.

que sequer proferiram comentários, a exceção de Cunha Bueno (PDS), que a criticou veementemente.

Durante a 17ª Reunião, em 13 de maio de 1987, ocorreu um debate entre os constituintes e a Secretaria de Assuntos Ambientais do Instituto Brasileiro de Siderurgia e a Sociedade Beneficente de Estudos de Filosofia com temas ligados a assuntos ambientais. Houve o comparecimento de Demival da Silva Brandão, em nome da Academia Fluminense de Medicina, médico ginecologista que destacou aspectos como métodos contraceptivos, doenças sexualmente transmissíveis, educação sexual, aborto, além de dimensões éticas, psicológicas e sociais subjacentes, exposição elogiada pelo constituinte Raimundo Rezende (PMDB) e contestada por Adylson Motta (PDS), que enfatizou a existência de realidades diferentes daquela analisada e apresentada pelo expositor.

3.4.2 Debates e votação no âmbito da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio ambiente

De 14 a 19 de maio, a Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio ambiente tratou de discutir o anteprojeto e o relatório elaborado pelo Relator Carlos Mosconi (PMDB). Em 14 de maio de 1987, a 18ª Reunião marcou o início do prazo regimental para apresentação das emendas ao anteprojeto. Geraldo Alckmin (PMDB) solicitou que o trabalho da subcomissão fosse realizado de maneira que pudesse ser aprovado *ipsis litteris*, destacou sobre os dispêndios para a Saúde fixados a pelo menos 10% do PIB, o que considerou subjetivo e sugeriu a inclusão de um parágrafo acerca das parcerias entre entidades não lucrativas e o Estado.

Raimundo Rezende (PMDB) sugeriu a inclusão de um percentual mínimo de gastos com a saúde, apoiando a sugestão de Alckmin (PMDB). Entretanto, no que se refere às parcerias, Rezende discordou de Alckmin, apresentando uma redação de artigo que privilegiava a ação do Estado em detrimento da ação de particulares em saúde pública. Antonio Carlos Mendes Thame (PFL) sugeriu que se transferisse para o Ministério da Saúde a fiscalização da qualidade dos alimentos, medicamentos, produtos de consumo e substâncias que afetam a saúde pública e o meio ambiente.

Eduardo Jorge (PT) apresentou a saúde ocupacional como integrante do futuro Sistema Único de Saúde, destacando a necessidade de punição para acidentes de trabalho e doenças profissionais. Também abordou a necessidade de um percentual de orçamento para gastos em saúde, a exemplo do que a área de educação estava propondo. Destacou a questão dos recursos humanos na saúde e solicitou que se fizesse uma diferenciação entre setor beneficente e setor

lucrativo na área privada da saúde, sendo que ao Estado caberia o relacionamento com o primeiro setor.

A fixação de gastos por meio do PIB foi abordada por Oswaldo Almeida (PL), Jorge Uequet (PMDB) e rebatida por Carlos Mosconi (PMDB) que alegou não ser correto incluir no texto constitucional percentuais de quaisquer espécies. José Elias Murad (PTB) destacou a regulamentação do controle do poder público sobre distribuição de medicamentos, sugerindo também a necessidade de controle sobre prevenção e abuso de drogas e sobre publicidade e propaganda de medicamentos. Por fim, após debates, os constituintes chegaram à conclusão de que matérias não constitucionais deveriam ser disciplinadas por Lei Ordinária e não pelo texto que produziriam.

A 19ª Reunião, em 19 de maio de 1987, marcou o fim do prazo para recebimento das emendas, com várias discussões preponderantemente sobre a Previdência Social. Em 21 de maio de 1987 iniciou-se a 20ª Reunião que, devido à impossibilidade de conclusão do relatório em função do elevado número de emendas, foi adiada.

Durante a 21ª Reunião, realizada em 22 de maio de 1987, houve a apresentação do relatório por Carlos Mosconi (PMDB), com o texto do anteprojeto, a saber:

Da Saúde

Art. 1º A saúde é um dever do Estado e um direito de todos.

§ 1º O Estado assegura a todos condições dignas de vida e acesso igualitário e gratuito às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde de acordo com suas necessidades.

§ 2º A Lei disporá sobre a ação de rito sumário pela qual o cidadão exigirá do Estado o direito previsto neste artigo.

Art. 2º As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um Sistema Único, organizado de acordo com os seguintes princípios:

I – comando administrativo único em cada nível de governo;

II – integralidade e continuidade na prestação das ações de saúde;

III – gestão descentralizada, promovendo e assegurando a autonomia dos Estados e Municípios;

IV – participação da população através de entidades representativas na formulação das políticas e controle das ações nos níveis federal, estadual e municipal, em conselhos de saúde.

Art. 3º O Sistema Único é financiado pelo Fundo Nacional de Saúde, com recursos provenientes da receita tributária.

§ 1º Os Fundos Estaduais e Municipais são constituídos com recursos oriundos dessas unidades político administrativas e do Fundo Nacional.

§ 2º Os dispêndios nacionais destinados à saúde não serão inferiores à dez por cento do Produto Interno Bruto.

Art. 4º As ações de saúde são funções de natureza pública, cabendo ao Estado sua normatização, execução e controle.

§ 1º O setor privado de prestação de serviços de saúde pode colaborar na cobertura assistencial à população, sob as condições estabelecidas em contrato de Direito Público, tendo preferência e tratamento especial as entidades sem fins lucrativos.

§ 2º O Poder Público pode intervir e desapropriar os serviços de saúde de natureza privada; necessários ao alcance dos objetivos da política nacional do setor.

§ 3º Fica proibida a exploração direta ou indireta, por parte de pessoas, empresas e capitais de procedência estrangeira, dos serviços de assistência à saúde no País.

Art 5º As políticas de recursos humanos, saneamento básico, insumos, equipamentos e desenvolvimento científico e tecnológico na área de saúde são subordinadas aos interesses e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

§ 1º Cabe ao Poder Público disciplinar e controlar a produção e distribuição de medicamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos, com vistas à preservação da soberania nacional.

§ 2º É dever do Estado exercer o controle das drogas de abuso e demais produtos tóxicos inebriantes e estabelecer princípios básicos para prevenção de seu uso.

Art 6º É assegurado o livre exercício da atividade liberal em saúde e a organização de serviços de saúde privados, obedecidos os preceitos éticos e técnicos determinados pela Lei e os princípios que norteiam a política nacional de saúde.

Art 7º A Saúde Ocupacional é parte integrante do Sistema Único de Saúde, sendo assegurada aos trabalhadores mediante:

I – ambiente de trabalho isento de riscos de acidentes e de doenças profissionais;

II – informação a respeito dos riscos que o trabalho representa à saúde, dos resultados das avaliações realizadas e dos métodos de controle;

III – recusa ao trabalho que apresentar grave e iminente risco, ou não tiver os seus riscos controlados;

IV – participação na gestão dos serviços relacionados à segurança e saúde, dentro e fora dos locais de trabalho;

V – livre ingresso, nos locais de trabalho, de representantes do sindicato, para ouvir os empregados a respeito das condições de trabalho;

VI – acompanhamento da ação fiscalizadora referente à segurança, higiene e medicina do trabalho.

Art 8º É vedada a propaganda comercial de medicamentos, formas de tratamento, tabaco e bebidas alcoólicas.

Art 9º É permitida a remoção de órgãos e tecidos de cadáveres humanos para fim de transplante, não havendo disposição contrária em vida do "de cujus" e nem manifestação proibitiva da família.

§ 1º A remoção dos órgãos e tecidos somente se dará após constatação da morte, observados os critérios estabelecidos pelo Conselho Federal de Medicina.

§ 2º É permitida a doação espontânea de órgãos por doadores vivos, maiores e capazes, cuja retirada não implique em prejuízo à saúde.

§ 3º É proibido qualquer tipo de comercialização de órgãos e tecidos humanos.

Art 10. Cabe à União legislar sobre o exercício de sistemas alternativos de assistência à saúde.

Art. 11. Compete ao Estado, através de Sistema Único de Saúde, a fiscalização da qualidade dos alimentos, medicamentos e outros produtos de consumo e uso humano, utilizados no território Nacional.

Art 12. É proibida a prática da eutanásia.

Disposição Transitória

Art 13. Os atuais recursos da Previdência Social destinados à saúde serão substituídos por outras fontes, assim que os dispêndios nacionais com o setor totalizarem dez por cento do Produto Interno Bruto.

Após a leitura, os constituintes Cunha Bueno (PDS), Eduardo Jorge (PT), Floriceno Paixão (PDT), Alarico Abib (PMDB), Joaquim Sucena (PMDB), Gastone Righi (PTB) e Mattos Leão (PMDB), questionam a Presidência e o Relator acerca das emendas rejeitadas e acatadas, solicitando o pleno conhecimento delas. Em virtude de tais solicitações, foi sugerido por Eduardo Jorge (PT) a suspensão da reunião até que fosse distribuída a todos as emendas apresentadas, fato acatado pela Presidência.

Em 22 de maio de 1987 ocorreu a 22ª Reunião que se destinou à discussão e votação do parecer do Relator, o que se estendeu até a 23ª Reunião, ocorrida em 23 de maio de 1987. No dia 25 de maio de 1987 ocorre a 24ª Reunião com a votação final do anteprojeto votado e aprovado na reunião do dia 23 de maio. O relator Carlos Mosconi (PMDB) procede à leitura da redação final:

DA SAÚDE

Art. 1º A saúde é um dever do Estado e um direito de todos.

§ 1º O Estado assegura a todos condições dignas de vida e acesso igualitário e gratuito às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde de acordo com suas necessidades.

§ 2º A lei disporá sobre a ação de rito sumário pela qual o cidadão exigirá do Estado o direito previsto neste artigo.

Art. 2º As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um Sistema Único, organizado de acordo com os seguintes princípios.

I – comando administrativo único em cada nível de governo;

II – integralidade e continuidade na prestação das ações de saúde;

III – gestão descentralizada, promovendo e assegurando a autonomia dos Estados e Municípios;

IV – participação da população através de entidades representativas na formulação das políticas e controle das ações nos níveis federal, estadual e municipal, em conselhos de saúde.

Art. 3º O Sistema Único é financiado pelo Fundo Nacional de Saúde, com recursos provenientes da receita tributária.

§ 1º Os Fundos Estaduais e Municipais são constituídos com recursos oriundos dessas unidades político-administrativas e do Fundo Nacional.

§ 2º Os dispêndios nacionais destinados à saúde não serão inferiores a dez por cento do Produto Interno Bruto.

Art. 4º As ações de saúde são funções de natureza pública, cabendo ao Estado sua normatização, execução e controle.

§ 1º O setor privado de prestação de serviços de saúde pode colaborar na cobertura assistencial à população, sob as condições estabelecidas em contrato de Direito Público, tendo preferência e tratamento especial as entidades sem fins lucrativos.

§ 2º O Poder Público pode intervir e desapropriar os serviços de saúde de natureza privada, necessários ao alcance dos objetivos da política nacional do setor, mediante justa indenização em moeda corrente.

§ 3º Fica proibida a exploração direta ou indireta, por parte de empresas e capitais de procedência estrangeira, dos serviços de assistência à saúde no País.

Art. 5º As políticas de recursos humanos, saneamento básico, insumos, equipamentos, pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico na área de saúde são subordinadas aos interesses e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

§ 1º Cabe ao Poder Público disciplinar, controlar e participar da produção e distribuição de medicamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos, com vistas à preservação da soberania nacional.

§ 2º É dever do Estado exercer o controle das drogas de abuso e demais produtos tóxicos inebriantes e estabelecer princípios básicos para prevenção de seu uso.

Art. 6º É assegurado o livre exercício da atividade liberal em saúde e a organização de serviços de saúde privados, obedecidos os preceitos éticos e técnicos determinados pela Lei e os princípios que norteiam a política nacional de saúde.

Art. 7º A Saúde Ocupacional é parte integrante do Sistema Único de Saúde, sendo assegurada aos trabalhadores mediante:

I – medidas, que visem à eliminação de riscos de acidente e doenças profissionais e do trabalho;

II – informação a respeito dos riscos que o trabalho representa à saúde, dos resultados das avaliações realizadas e dos métodos de controle;

III – recusa do trabalho em ambientes que não tiverem os seus riscos controlados, com garantia de permanência no emprego;

IV – participação na gestão dos serviços relacionados à segurança e saúde, dentro e fora dos locais de trabalho;

V – livre ingresso, nos locais de trabalho, respeito das condições de trabalho.

VI – acompanhamento da ação fiscalizadora referente à segurança, higiene e medicina do trabalho.

Art. 8º É vedada a propaganda comercial de medicamentos, formas de tratamento, tabaco e bebidas alcoólicas.

Parágrafo único. É permitida a divulgação científica de medicamentos e formas de trabalho junto aos profissionais de saúde.

Art. 9º É permitida a remoção de órgãos e tecidos de cadáveres humanos para fim de transplante, não havendo disposição contrária em vida do “de cujos” e nem manifestação proibitiva da família.

§ 1º A remoção dos órgãos e tecidos somente se dará após constatação da morte, observados os critérios estabelecidos pelo Conselho Federal de Medicina.

§ 2º É permitida a doação espontânea de órgãos por doadores vivos, maiores e capazes, cuja retirada não implique prejuízo à saúde.

§ 3º É proibido qualquer tipo de comercialização de órgãos e tecidos humanos.

Art. 10. Cabe à União legislar sobre o exercício de métodos alternativos de assistência à saúde.

Art. 11. Compete ao Estado, através do Sistema Único de Saúde, a fiscalização da qualidade dos alimentos, medicamentos e outros produtos de consumo e uso humano, utilizados no Território Nacional.

Art. 12. É proibida a prática da eutanásia.

Art. 13. Compete ao Poder Público prestar assistência integral à saúde da mulher, nas diferentes fases da sua vida; garantir a homens e mulheres o direito de determinar livremente o número de filhos, sendo vedada a adoção de qualquer prática coercitiva pelo Poder Público e por entidades privadas; assegurar acesso à educação, à informação e aos métodos adequados à regulação de fertilidade, respeitadas as opções individuais.

DISPOSIÇÃO TRANSITÓRIA

Art. 14. Os atuais recursos da Previdência Social destinados à saúde serão substituídos por outras fontes, assim que os dispêndios nacionais com o setor totalizarem dez por cento do Produto Interno Bruto.

Finalizando a redação do projeto afeto à saúde, Raimundo Bezerra (PMDB) elogiou os trabalhos, enfatizando o grande passo para as conquistas sociais e o relevante avanço no setor de saúde. Em suas palavras: *“Sr. Presidente, deixo registrado, em ata este momento histórico que vivemos hoje, na aprovação, por parte desta Subcomissão, deste setor saúde. O povo brasileiro está de parabéns. Esta Subcomissão está de parabéns. Realmente correspondemos àqueles anseios e às necessidades da Nação brasileira, desta transformação radical do sistema na Política Nacional de Saúde”* (p. 296)²⁹.

Após a leitura o anteprojeto foi aprovado por unanimidade dos presentes, findando-se o trabalho e a proposta de redação constitucional elaborada pela Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio ambiente.

3.5 O público e o privado na saúde

A participação do setor privado na saúde pública já se mostrava um ponto de atenção nos debates da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio ambiente e nas discussões antes realizadas pelos idealizadores da Reforma Sanitária. O documento final elaborado pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária abria espaço para atuação privada na saúde pública, o que seria aprovado tanto no relatório da subcomissão, quanto na redação final da Constituição, promulgada em 1988.

A maioria dos constituintes não se manifestou expressamente acerca da participação privada na saúde pública, mas mostrou concordância na votação da redação final do anteprojeto, que previu a existência de serviços privados junto aos serviços prestados pelo Estado. Alguns constituintes, no entanto, foram mais enfáticos em seus debates: Eduardo Moreira (PMDB) chegou a pronunciar que apenas o setor privado é que funcionava bem na área da saúde, denegrindo os serviços prestados pelo Estado. Moreira, inclusive, levantou dúvidas acerca das conclusões da VIII Conferência Nacional de Saúde no que se refere a um sistema de saúde estatizado, já que, segundo ele, o que realmente apresentava resultados no Brasil seria o sistema privado. Cunha Bueno (PDS) argumentou que leitos privados seriam mais em conta que leitos públicos, supervalorizando a prestação de serviços em saúde pública pelos setores privados. Na mesma esteira, Oswaldo Almeida (PL) alegou que não se pode excluir a participação privada na saúde, ao contrário, seria preciso criar melhores condições para participação desse setor na saúde.

²⁹ Anais da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio ambiente

Em contrapartida, Eduardo Jorge (PT), por várias vezes durante as reuniões da Subcomissão, declarou seu desejo em colocar a saúde à margem dos interesses do jogo de mercado, mesmo reconhecendo que esta posição se mostrava minoritária. Eduardo Jorge (PT) defendia a socialização da saúde desde as discussões ocorridas no âmbito da VIII CNS, mas reconhecia que não haveria forças políticas capazes de leva-la adiante *“defendi posição mais radical, coerente com meu partido, que é um partido abertamente socialista e defende a socialização não só da saúde como de todos os meios de produção. Eu perdi”*³⁰ (p. 148).

Jorge se mostrou muito ativo nos debates alegando que o setor privado prejudicava a saúde dos brasileiros e argumentando que o bem-estar de todos seria a *“tese capaz de unificar tanto os partidos de esquerda como os partidos de centro, como até alguns setores mais conservadores, sim, porém, esclarecidos, e comprometidos com o desenvolvimento nacional”* (p. 149)³¹.

O papel do Estado como responsável pela manutenção da saúde foi um consenso entre os constituintes. Contudo, uma linha defendida sistematicamente pela grande maioria dos participantes das audiências públicas era a de que o setor privado também participasse da saúde pública, sendo contratado e fiscalizado pelo Estado. Naquele momento, o papel das Santas Casas (setor privado não lucrativo) era muito relevante para a saúde dos brasileiros, fato que endossava a importância do setor privado e a suposta ineficiência do Estado.

Além disso, vários argumentos sobre a situação caótica da saúde pública foram explanados nas reuniões, a exemplo da fala de Reinhold Stephanes, ex-presidente do INPS e do INAMPS: *“o que nós devemos é racionalizar, ordenar, organizar, integrar, hierarquizar e regionalizar a assistência médica. Agora, não adianta também integrar vários setores caóticos. As Secretarias de Saúde normalmente estão com suas administrações desestruturadas, as municipais bastante desestruturadas, os hospitais públicos bastante desestruturados, o Ministério da Saúde bastante desestruturado e a administração previdenciária bastante desestruturada”* (p. 161)³².

A despeito das argumentações, Eduardo Jorge (PT) mostrava-se convencido de que a estatização da saúde seria a melhor solução para os brasileiros e por diversas vezes pediu que essa questão fosse analisada com ares suprapartidários *“a questão da saúde pode unificar tanto pessoas que são convictamente socialistas, como eu, como pessoas que são conservadoras, desde que esses conservadores se interessem sinceramente pelos interesses nacionais”* (p.

³⁰ Anais da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio ambiente

³¹ Anais da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio ambiente

³² Anais da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio ambiente

154)³³. Porém, suas falas não reverberaram entre os demais constituintes, que se mantinham em silêncio, não manifestando qualquer apoio. Jorge expressava-se claramente contra qualquer relacionamento entre Estado e setor privado lucrativo, mostrando-se amigável, contudo, ao relacionamento entre Estado e setor beneficente, que, naquele momento, possuía um grande destaque na prestação de serviços em saúde por meio das Santas Casas.

Seguindo uma linha inflexível com relação à participação privada lucrativa nos serviços públicos, Eduardo Jorge (PT) proferiu críticas à existência de empresas privadas também na área da previdência *“a primeira questão que se tem que fazer no Brasil é aprimorar o sistema de seguridade social; esta é que é a prioridade nossa. E, por outro lado, se, por ventura, continuam existindo empresas privadas na área de seguridade, elas não podem, a meu ver, ser sustentadas por recursos públicos; aí a distorção atinge um limite insuportável”* (p. 219)³⁴.

Raimundo Bezerra (PMDB) fez coro à Eduardo Jorge (PT) ao defender a supremacia do Estado no que se refere à prestação de serviços em saúde. Bezerra defendia uma progressiva estatização dos serviços de saúde, ou seja, que se usasse os serviços privados de saúde até que o poder público tivesse condições de manter o completo controle da saúde pública. Ainda nesse sentido, Eduardo Moreira (PMDB) argumentou que o sistema de saúde privado é o que menos e pior funciona no país. De se destacar a fala do constituinte Eduardo Moreira (PMDB) acerca no novo sistema de saúde único e estatizado. Segundo ele, seria preciso uma avaliação dessa demanda já que *“o sistema estatizado de saúde é o que menos, ou pior funciona neste País (...) Porque temos o sistema privado, que presta serviços ao Governo e que realmente é o que funciona moderadamente bem”* (p. 107)³⁵.

Importante ressaltar que Geraldo Alckmin (PMDB), numa posição mais moderada, defendeu a inclusão expressa na CF de parcerias entre o Estado e entidades sem fins lucrativos: *“É lógico que todos nós queremos o Estado promovendo a Saúde, mas como o Estado não tem recursos suficientes, capacitação a nível dos cofres públicos suficiente para, sozinho, fazer a política da Saúde, talvez caiba um pequeno parágrafo, falando da parceria das entidades não lucrativas com o Estado”* (p. 232)³⁶. Na mesma esteira Jorge Uequed (PMDB) argumentou que *“tentar extinguir a participação das entidades sem fins lucrativos, aquelas vinculadas às manifestações da comunidade ou vinculadas a determinadas orientações religiosas é seguir contra a atual orientação da sociedade brasileira”* (p. 237)³⁷.

³³ Anais da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio ambiente

³⁴ Anais da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio ambiente

³⁵ Anais da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio ambiente.

³⁶ Anais da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio ambiente

³⁷ Anais da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio ambiente

O anteprojeto aprovado pela subcomissão trouxe, por fim, a regulamentação da participação do setor privado na saúde pública, tanto para setores de fins lucrativos quanto para não lucrativos, apenas destacando uma preferência do setor não lucrativo, conforme se depreende do parágrafo primeiro do artigo 3º, a saber: *O setor privado de prestação de serviços de saúde pode colaborar na cobertura assistencial à população, sob as condições estabelecidas em contrato de Direito Público, tendo preferência e tratamento especial as entidades sem fins lucrativos.*

Tal fato acabou por consolidar a posição majoritariamente defendida nas audiências públicas e debates, mutilando a completa estatização do setor de saúde veementemente defendida pelos seguimentos progressistas, em especial o Partido dos Trabalhadores.

3.6 Considerações Finais

O sistema de saúde brasileiro foi construído ao longo dos anos mantendo características que o precarizava. O quadro que se observava na década de 1980 era altamente excludente, desigual e incipiente: a saúde não era tomada numa dimensão integrativa, grande parte da população estava descoberta e dependente de ações de caridade, o Estado mostrava-se ausente, o campo da prevenção da doença era ineficiente, havia dificuldades de acesso e produção de fármacos. Estes e outros fatores delineavam o esgotamento do sistema e a premente necessidade de reforma.

Nesse contexto, a Constituinte de 1987 foi formada numa ocasião peculiar: tratava-se do momento em que se colocava fim na era das ações integradas de saúde, em que várias instituições prestavam serviços de saúde, entre elas as Secretarias de Estado, INAMPS e Secretarias Municipais, para a construção do sistema nacional de saúde, único, não fragmentado, com recursos orçamentários mais robustos e com aspiração de atendimento universal e gratuito.

Foi arguido que a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, fruto da VIII Conferência Nacional da Saúde, configurou uma espécie de pacto social com ampla representatividade, pois incluiu elementos heterogêneos, tanto representantes dos trabalhadores da iniciativa privada, quanto dos órgãos governamentais, que juntos construíram uma proposta única, de maneira a conciliar interesses. Esta proposta formou as bases para a reforma da saúde consubstanciada na nova Constituição de 1988.

No âmbito de elaboração da nova constituição, destaca-se o trabalho da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, encarregada de promover audiências públicas,

vistorias, estudos e debates que culminassem num anteprojeto de capítulo constitucional a ser discutido pela ANC.

Por meio da análise das atas dessa subcomissão, percebeu-se que ela promoveu um debate democrático e produtivo entre os vários segmentos da sociedade, em especial da área da saúde, com muitas sugestões contempladas no texto aprovado ao final. Das oito audiências públicas da subcomissão, quatro foram destinadas à área da saúde: a primeira com as entidades estatais, a segunda destinada às entidades privadas, a terceira com a participação das entidades dos trabalhadores em geral e a última destinada às entidades científicas e éticas do setor de saúde. As entidades expuseram seus clamores e opiniões, apresentando uma linha bastante comum, em especial no que se refere à unificação da saúde e à necessidade de tornar o conceito de saúde mais abrangente.

Pela primeira vez se discutia o problema da saúde a nível constitucional num momento em que o sistema de saúde, desordenado, disperso e caótico, não atendia mais aos interesses dos brasileiros. Além da falta de investimentos, não se falava em prevenção à saúde, de maneira que doenças simples, preveníveis por vacina, ainda assolavam o país. Também não se conferia a devida importância às pesquisas, produção nacional de medicamentos e outras tecnologias. Além disso, o investimento público na área padecia de uma escassez significativa.

Esse contexto, que inspirou a criação do movimento da Reforma Sanitária, também cooperou para que os constituintes demonstrassem preocupações suprapartidárias na atuação legislativa, de forma a não ser perceptível cisões partidárias significativas durante os debates da subcomissão. Percebeu-se a existência de consensos no que se refere à necessidade da estruturação de um sistema único de saúde e à responsabilidade do Estado na manutenção desse sistema.

Os constituintes convergiam, também, na ampliação do conceito de saúde, prioritária para a dignidade do ser humano, na universalização e na gratuidade do atendimento, no controle social, bem como na necessidade de alocação de orçamento próprio para a saúde com aumento dos aportes. Até mesmo em virtude do momento histórico pelo qual o Brasil passava, todos os constituintes seguiam o rumo em direção ao restabelecimento da democracia e da construção de uma constituição garantista, voltada para o sustento dos direitos sociais.

Entretanto, ainda que sutilmente, foi possível notar divergência quanto à participação privada nas ações de saúde pública. Veementemente combatida pelo constituinte Eduardo Jorge (PT), a participação de setores privados contratados pelo Estado foi defendida em muitas falas de representantes de entidades durante as audiências públicas e também nas sugestões de artigos apresentados por escrito durante as referidas audiências. Com relação à participação do setor

privado, somente a proposta da CUT a ignorou: a CUT propôs a estatização de todo o sistema de saúde, inclusive a estatização dos serviços privados que eram utilizados pelo setor público naquele momento, apontando como inadmissível que o setor privado fosse sustentado pelo Estado. As demais propostas apresentadas tratavam de colocar o setor privado como um parceiro do Estado, atuante na prestação de serviços.

Também no âmbito da VIII Conferência Nacional de Saúde, a participação privada no setor público foi aceita, sendo refletida no documento elaborado pela CNRS que embasou o trabalho dos constituintes. Cunha Bueno (PDS) e Eduardo Moreira (PMDB) expressaram-se defendendo o setor privado, considerado por eles mais eficiente que o Estado, ao passo que Eduardo Jorge (PT) e Raimundo Bezerra (PMDB) uniram esforços em defesa do Estado.

Em que pese as poucas vozes que se manifestaram de forma expressa, o relacionamento entre a rede pública estatal e o setor privado de saúde parece ter sido enfrentado com ares eufemistas pelos constituintes que não se exaltaram em debates. Eduardo Jorge (PT), por vezes, empreendeu esforços para adentrar no assunto, polemizando-o a partir dos vultosos lucros do setor privado, o que foi amenizado pela necessária complementariedade entre os setores, já debatida junto à CNRS e constante na proposta elaborada pela referida comissão.

Como demonstrado, a saúde pública no Brasil na década de 1980 advinha de uma forte dependência do setor privado não lucrativo, sobretudo das Santas Casas, e também do setor privado lucrativo, que prestava serviços para a Previdência. Tais fatores colaboraram para a defesa da complementariedade público/privado na saúde. Esse contexto sustentou a disputa entre os adeptos da atuação positiva do Estado, grupo minoritário que defendia a estatização do sistema de saúde, e aqueles que privilegiavam caminhos mais alinhados aos interesses privados, grupo que alcançou maioria e colaborou para a implantação do gerencialismo no Brasil com a consequente criação das Organizações Sociais de Saúde.

CAPÍTULO 4 - AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE COMO ALTERNATIVA À GESTÃO DIRETA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

4.1 Introdução

A abrangência dos direitos sociais, como a saúde, está diretamente ligada às discussões sobre extensão e atuação do poder público. Enquanto as reivindicações por um sistema de saúde único e democrático se materializavam com a CF/88, paralelamente, correntes de pensamento neoliberal ganhavam força e promoviam transformações na gestão pública, que pareciam se contrapor ao modelo de Estado interventor e provedor, em favor de um Estado mínimo e fiscalizador.

Desde sua concepção o sistema de saúde brasileiro caracteriza-se como um campo complexo de disputas políticas e institucionais. Especialmente por se opor à lógica do capitalismo que visa o lucro acima de tudo, o SUS, idealizado no campo da universalização das políticas sociais, da promoção da equidade e da supressão das desigualdades socioeconômicas, compõe área importante de estudos e pesquisas dos mais diversos gêneros, não apenas circunscritos às ciências médicas ou biológicas.

Paim (2015) afirma que o SUS vincula-se à ideia central de que todas as pessoas devem ter acesso à saúde, sendo este um direito ligado à condição de cidadania, independente de contribuição - como no seguro social meritocráticos-, da condição de pobreza - como na assistência do sistema de proteção ou filantropia-, ou mesmo do poder aquisitivo - como nos mercados capitalistas-. Desta importância resulta o componente político do SUS, capaz de torná-lo campo de relevantes disputas partidárias e ideológicas.

Com a constitucionalização da saúde as atribuições estatais cresceram de forma sensível, demandando maior efetividade na prestação dos serviços públicos. Simultaneamente, instaurava-se no Brasil uma série de reformas que visavam implementar redefinições do papel do Estado, proporcionando um estreitamento das relações entre o público e o privado: iniciava-se a Nova Gestão Pública (NGP), cujo objetivo era redefinir o papel do Estado, aproximando a administração pública de modelos gerenciais inspirados em práticas privadas, enfatizando eficiência, redução da atuação direta do Estado e maior integração com o setor privado.

No contexto da saúde, a NGP viabilizou a criação das Organizações Sociais de Saúde (OSs), por meio do Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE). As OSs permitiram a transferência da execução direta de serviços de saúde, como hospitais e Unidades Básicas de Saúde (UBS), para entidades privadas sem fins lucrativos, mediante contratos de gestão firmados com o Estado. Di Pietro (2020) observa que o PDRAE criou uma figura

jurídica, representada pelas OS, que, embora destinado a reduzir a estrutura estatal, implicou na privatização parcial de serviços públicos historicamente geridos pelo Estado, submetendo a execução de políticas públicas a normas privadas, com fiscalização estatal.

Assim, o modelo das OSs introduz uma tensão entre o caráter provedor do Estado e a lógica privatista de entidades externas, configurando desafios à compatibilidade com os princípios constitucionais do SUS e da dignidade humana. Com a adoção desse modelo, o Estado passou a assumir prioritariamente funções de fiscalização e regulação, delegando a execução das políticas públicas a entidades privadas sujeitas a regras de direito privado, em detrimento de normas de direito público.

Essa dicotomia entre a gestão direta dos serviços de saúde e a gestão por meio de OSs, além de refletir posturas ideológicas diversas, suscita debates em torno da garantia do direito à Saúde, previsto na Constituição de 1988 e da carga de responsabilidade transferida ao Estado para efetivação de uma saúde para todos, sem privilégios ou monopólios.

A literatura sobre reformas administrativas e modelos de gestão pública apresenta abordagens diversas. Parte dos estudos enfatiza ganhos potenciais de eficiência, flexibilidade administrativa e capacidade de inovação associados à adoção de modelos gerenciais e parcerias com entidades privadas (Bresser-Pereira, 1997; Hood, 1991; Pollitt; Bouckaert, 2017). Outra vertente, examina criticamente os efeitos institucionais e sociais dessas reformas, destacando tensões relacionadas à regulação estatal, à organização do trabalho e à preservação dos princípios do sistema público universal (Paim, 2018; Menicucci, 2007; Santos e Carnut, 2022).

O presente capítulo dialoga com esse campo plural, adotando como eixo analítico central a literatura crítica, sem desconsiderar a existência de interpretações distintas na produção acadêmica. Para tanto, discute-se a utilização das OSs como alternativa à gestão direta do Estado, apresentando o Terceiro Setor no Brasil, suas características e normatização, e analisando a participação privada na saúde pública. A relação entre a lógica neoliberal e a expansão das OSs, apresentado ao final, constitui o argumento central desta análise.

4.2 O Terceiro setor no Brasil e sua relação com o Estado

As políticas reformistas das últimas décadas do século XX propiciaram o fortalecimento do Terceiro Setor. O termo passou a ser utilizado com frequência a partir da década de 1980, inicialmente atrelado à expansão das organizações não-governamentais (ONG's). Desde então, a expressão passou a identificar um conjunto de organizações sem fins lucrativos que desenvolvem atividades simultaneamente não estatais e não mercantis (Smith, 1991).

Fernandes (1994, p.21) define o Terceiro Setor como um “conjunto de organizações e iniciativas privadas que visam à produção de bens e serviços públicos”. O conceito envolve a expansão da esfera pública para além dos limites do Estado, visto que tais entidades se dedicam a suprir necessidades coletivas sem exercer autoridade estatal. Além disso, atuam sem finalidade lucrativa, razão pela qual dependem de fomento estatal ou de doações privadas.

As entidades que compõem o Terceiro Setor assumem formas organizacionais compatíveis com a ausência de lucro: são fundações privadas ou associações civis. Diante de um movimento teórico que pugna pela corresponsabilidade entre Estado, mercado e cidadãos no exercício de atividades de interesse público, o Terceiro Setor desenvolve-se junto a organizações privadas, as quais aglutinaram características tanto do mercado e do direito privado, quanto do Estado e do regime jurídico de direito público.

Nessa esteira, o Terceiro Setor refere-se às entidades sem fins lucrativos que desempenham atividades de interesse social mediante algum vínculo formal com o Estado. Seu surgimento pode ser justificado a partir de três fundamentos: (i) passagem de uma Administração Pública imperativa para uma administração consensual; (ii) primazia do indivíduo e da sociedade civil no desempenho de atividades sociais; (iii) valorização do fomento como incentivo ao exercício de atividades sociais pelos indivíduos (Oliveira, 2021).

No Brasil, a partir da segunda metade da década de 1950, entre o período pós-Estado Novo e a Ditadura Militar, a sociedade civil se organizou com projetos de associativismo autônomos e marcadamente políticos, nos quais associações civis e sindicatos tiveram um papel significativo. A partir daí nascem as organizações, que mais tarde viriam ser conhecidas por ONG's, as quais exerceriam uma liderança fundamental na construção do Terceiro Setor (Mendes, 1999).

As ONG's manifestam-se na década de 1960, provenientes das comunidades de base, normalmente vinculadas à Igreja. Com o golpe de Estado de 1964, passaram a ocupar espaços de atuação em meio à sociedade, porém com projetos de pouca visibilidade (Mendes, 1999). Durante a Ditadura Militar, ampliaram seu papel na defesa da democracia e dos direitos humanos, culminando no surgimento de um associativismo independente tanto do Estado quanto da Igreja.

Com a redemocratização, as ONGs passaram por uma reconfiguração de suas formas de atuação, aproximando-se gradualmente do Estado e do mercado. Por volta de 1985 houve uma multiplicação das ONGs no Brasil, atuando em nichos específicos como saúde, defesa de minorias, meio ambiente, entre outros (Mendes, 1999).

Estes fatos marcam o início da trajetória do Terceiro Setor no Brasil. Ressalva-se, contudo, que a compreensão histórica desse processo demanda cautela terminológica. Embora o vocábulo ONG tenha adquirido proeminência a partir dos anos 1980 como denominação ampla de entidades da sociedade civil, sua utilização como sinônimo de Terceiro Setor não se sustenta juridicamente, já que ela constitui categoria exclusivamente sociológica, desprovida de tipificação normativa. Assim, ainda que tenha desempenhado papel central na origem e expansão do Terceiro Setor no Brasil, a noção de ONG não corresponde a uma figura jurídica específica, tampouco integra isoladamente a estrutura normativa desse setor.

Na década de 1990 o conceito de Terceiro Setor se estendeu para além das ONGs, incluindo um amplo aspecto de instituições filantrópicas dedicadas a prestar serviços em áreas diversas, além de organizações voltadas à defesa de grupos específicos. Englobou, ainda, trabalhos voluntários e filantropia empresarial (Mendes, 1999). Compõem o Terceiro Setor no Brasil:

- Associações Cíveis (regidas pelo Código Civil, nas quais se enquadram grande parte das ONG's);
- Fundações Privadas (regidas pelo Código Civil);
- Organizações Sociais (qualificadas pelo Poder Público e regidas pela Lei 9.637/1998);
- Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP, também qualificadas pelo Poder Público e regidas pela Lei 9.790/1999);
- Organizações da Sociedade Civil (OSC, termo que indica qualquer tipo de entidade apta a celebrar parcerias com o Estado e regidas pela Lei 13.019/2014).

No âmbito da organização administrativa do Estado, o Terceiro Setor enquadra-se como ente de cooperação, ao lado das entidades paraestatais. Designa atividades que não são governamentais (Primeiro Setor) nem empresariais (Segundo Setor). Quando estabelecem parceria formal com o Estado podem ser fomentadas e supervisionadas pelo Poder Público.

Embora o Terceiro Setor abarque diversas formas organizacionais, apenas duas delas recebem qualificações atribuídas pelo Estado: trata-se da OS e OSCIP, cujas características são apresentadas no quadro 01:

Quadro 01: Quadro comparativo OS x OSCIP

Critério	Organizações Sociais (OS)	OSCIP
Base legal	Lei nº 9.637/1998	Lei nº 9.790/1999 e Decreto nº 3.100/1999
Natureza da qualificação	Discrecionária — depende de juízo de conveniência e oportunidade. Não há direito adquirido à qualificação.	Vinculada — preenchidos os requisitos legais, há direito adquirido à qualificação.
Atuação permitida	Áreas restritas: ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção ambiental, cultura e saúde.	Atuação ampla: assistência social, cultura, educação, saúde, meio ambiente, voluntariado, direitos humanos, desenvolvimento sustentável, combate à pobreza entre outras
Público-alvo da qualificação	Associações/fundações sem fins lucrativos, com foco em atividades de interesse público não exclusivas do Estado.	Pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos, exceto as proibidas pelo art. 2º de Lei 9790
Instrumento de parceria	Contrato de Gestão	Termo de Parceria
Características do instrumento	Deve prever: metas, indicadores, prazos, limites de remuneração, critérios de avaliação e demais cláusulas fixadas pelo Ministro supervisor.	Define: metas, responsabilidades, prazos, fiscalização e obrigações recíprocas.
Vantagens	Isenções fiscais, repasse de bens públicos, recursos orçamentários, cessão de servidores, dispensa de licitação para contratos de serviços.	Possibilidade de receber recursos públicos, acesso a parcerias, credibilidade adicional.
Relação com o Estado	Parceria de caráter privatizante: entidades privadas assumem atividades antes desempenhadas pelo Estado.	Parceria ampla para fins sociais, sem caráter privatizante.

Fonte: elaboração própria baseado em MAZZA, 2023

Em síntese, o Terceiro Setor atinge um conjunto amplo de entidades privadas sem fins lucrativos, juridicamente estruturadas como associação e fundação, as quais podem adotar nomes como ONGs, institutos, organizações religiosas, entidades comunitárias ou filantrópicas. Com a criação do regime de qualificação, no final da década de 90, algumas entidades puderam executar atividades de interesse coletivo em cooperação com o Estado.

Dentre essas qualificações, destacam-se as Organizações Sociais (OS), cuja criação, funcionamento e atuação representam um marco de transformação relevante nas modalidades de parceria entre Estado e sociedade civil. As OS assumiram papel estratégico na execução de serviços públicos não exclusivos, mesclando metas de desempenho e mecanismos de controle estatal. Por tal razão, representam arranjo institucional bastante representativo da transformação da gestão pública brasileira em direção a formas mais flexíveis e orientadas a resultados, construída no interior da própria Reforma Gerencialista do Estado.

4.2.1 As Organizações Sociais

As Organizações Sociais (OS) constituem um dos modelos mais relevantes de parceria entre Estado e entidades privadas sem fins lucrativos. Criadas como mecanismo de colaboração para a execução de serviços públicos não exclusivos do Estado, as OS surgem da percepção de que determinadas atividades sociais como saúde, cultura, pesquisa e educação podem alcançar maior eficiência e qualidade quando administradas sob regime jurídico privado, mas com financiamento, supervisão e controle do Poder Público.

A institucionalização desse modelo ocorreu com a edição da Lei nº 9.637/1998, que criou a figura jurídica da OS como categoria qualificada pelo Estado e destinada à colaboração na execução de atividades sociais, tais como saúde, educação, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, cultura e meio ambiente. Observa-se os artigos da Lei 9.637/98:

Art. 1º O Poder Executivo poderá qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, atendidos aos requisitos previstos nesta Lei.

Art. 2º São requisitos específicos para que as entidades privadas referidas no artigo anterior habilitem-se à qualificação como organização social:

I - comprovar o registro de seu ato constitutivo, dispondo sobre:

- a) natureza social de seus objetivos relativos à respectiva área de atuação;
 - b) finalidade não-lucrativa, com a obrigatoriedade de investimento de seus excedentes financeiros no desenvolvimento das próprias atividades;
 - c) previsão expressa de a entidade ter, como órgãos de deliberação superior e de direção, um conselho de administração e uma diretoria definidos nos termos do estatuto, asseguradas àquele composição e atribuições normativas e de controle básicas previstas nesta Lei;
 - d) previsão de participação, no órgão colegiado de deliberação superior, de representantes do Poder Público e de membros da comunidade, de notória capacidade profissional e idoneidade moral;
 - e) composição e atribuições da diretoria;
 - f) obrigatoriedade de publicação anual, no Diário Oficial da União, dos relatórios financeiros e do relatório de execução do contrato de gestão;
 - g) no caso de associação civil, a aceitação de novos associados, na forma do estatuto;
 - h) proibição de distribuição de bens ou de parcela do patrimônio líquido em qualquer hipótese, inclusive em razão de desligamento, retirada ou falecimento de associado ou membro da entidade;
 - i) previsão de incorporação integral do patrimônio, dos legados ou das doações que lhe foram destinados, bem como dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, em caso de extinção ou desqualificação, ao patrimônio de outra organização social qualificada no âmbito da União, da mesma área de atuação, ou ao patrimônio da União, dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, na proporção dos recursos e bens por estes alocados;
- II - haver aprovação, quanto à conveniência e oportunidade de sua qualificação como organização social, do Ministro ou titular de órgão supervisor ou regulador da área de atividade correspondente ao seu objeto social e do Ministro de Estado da Administração Federal e Reforma do Estado.

Vale ressaltar que as OS não caracterizam uma instituição jurídica inovadora. Trata-se de uma qualificação advinda da adesão voluntária de entidades privadas que se predispõem à

realização de parcerias com o poder público, o que lhes confere uma qualidade jurídica, com prerrogativas e responsabilidades específicas (Modesto, 1997).

Di Pietro (2020), num mesmo entendimento já adotado por Bandeira de Mello (2013), localiza as Organizações Sociais como entidades paralelas ao Estado, que prestam atividades de interesse público, mas por iniciativa privada e sem fins lucrativos. Do interesse público que carregam surge o direito à proteção e ao fomento por parte do Estado, segundo regramentos legais pertinentes tais como os artigos 11 a 14 da Lei 9637, a seguir dispostos:

Art. 11. As entidades qualificadas como organizações sociais são declaradas como entidades de interesse social e utilidade pública, para todos os efeitos legais.

Art. 12. Às organizações sociais poderão ser destinados recursos orçamentários e bens públicos necessários ao cumprimento do contrato de gestão.

§ 1º São assegurados às organizações sociais os créditos previstos no orçamento e as respectivas liberações financeiras, de acordo com o cronograma de desembolso previsto no contrato de gestão.

§ 2º Poderá ser adicionada aos créditos orçamentários destinados ao custeio do contrato de gestão parcela de recursos para compensar desligamento de servidor cedido, desde que haja justificativa expressa da necessidade pela organização social.

§ 3º Os bens de que trata este artigo serão destinados às organizações sociais, dispensada licitação, mediante permissão de uso, consoante cláusula expressa do contrato de gestão.

Art. 13. Os bens móveis públicos permitidos para uso poderão ser permutados por outros de igual ou maior valor, condicionado a que os novos bens integrem o patrimônio da União.

Parágrafo único. A permuta de que trata este artigo dependerá de prévia avaliação do bem e expressa autorização do Poder Público.

Art. 14. É facultado ao Poder Executivo a cessão especial de servidor para as organizações sociais, com ônus para a origem.

Teóricos da Reforma do Estado incluem as OS entre as entidades públicas não estatais, haja vista que, a despeito de praticarem atividade de interesse público, não integram a estrutura da Administração Pública direta ou indiretamente. Tal entendimento é exposto por Bresser-Pereira (1995) para o qual entidades como museus, centros de pesquisa e hospitais que prestam serviços sociais fundamentais, assegurando aos cidadãos o acesso a direitos como educação, saúde, cultura, desenvolvimento científico, carecem de apoio do Estado para sua manutenção. Contudo, sustenta Bresser-Pereira, tal apoio não significa a inclusão dessas atividades no núcleo burocrático e exclusivo do Estado. Ao contrário, como a administração de serviços sociais deve buscar a efetividade, aliando alcance de resultados e baixos custos, não lhe seria pertinente integrar a Administração Pública, mas sim atuar em colaboração, numa esfera paralela ao Estado e com uma menor rigidez de procedimentos.

As OS localizam-se, portanto, entre a propriedade privada e a propriedade estatal, sendo caracterizadas como propriedade pública não-estatal sem fins lucrativos. Representam entes privados que colaboram com a Administração Pública, mas que não fazem parte de sua estrutura

(Alexandrino, 2021; Oliveira, 2021). Cabe a elas o apoio do Estado, porém com a manutenção da independência financeira e administrativa.

Dentro do chamado “Terceiro Setor”, as OS diferenciam-se das demais entidades por não exercerem atividade privada de interesse público, mas sim serviço público delegado do Estado. As OS substituem o poder público na prestação de uma atividade que a ele compete, por isso detêm a permissão para utilizar bens do patrimônio público, sendo mantidas com recursos públicos.

Di Pietro (2020) ensina que a qualificação como Organização Social representa uma iniciativa do poder público com o objetivo específico de transferência da gestão de determinado serviço de titularidade do Estado, bem como da gestão do patrimônio público com a finalidade de fugir ao regime jurídico ao qual se submete a Administração Pública, permitindo que o serviço, inicialmente afeto às normas públicas, seja prestado sob o regime jurídico de direito privado.

As OS são incumbidas de prestar um serviço público social de titularidade do Estado e delegado por meio de um contrato de gestão, sendo mantidas por meio do orçamento do ente político que as qualificou. Tal característica impõe às OS maiores exigências quanto à outorga da qualificação e quanto aos requisitos de prestação de contas. Por esta razão, os serviços por elas desempenhados permanecem de natureza pública, assemelhando-se a uma parceria público-privada com a delegação de atividade estatal, porém inteiramente remunerada pelo poder público e sem o objetivo de lucro.

Inicialmente pensadas para o âmbito federal, as OS foram, posteriormente, estendidas aos demais entes federados. Ao tomarem para si determinada atividade pública, geram como consequência a extinção do órgão estatal prestador, bem como a absorção de suas instalações móveis e imóveis, sendo o serviço prestado sob o regime jurídico de direito privado parcialmente derogado pelo direito público. No âmbito federal, as OS são disciplinadas pela Lei nº 9.637 de 15 de maio de 1998 e pelo Decreto 9.190/17.

Em que pese a intenção do legislador em escapar às regras do direito público, remanesce uma submissão aos preceitos constitucionais e administrativos, bem como ao controle por órgãos como os Tribunais de Contas e Ministério Público. É nesse sentido que normas esparsas como o Decreto nº 6.170/2007 - que regulamenta as transferências de recursos da União a entidades sem fins lucrativos e determina que na contratação de serviços e produtos sejam observados os princípios da impessoalidade, da moralidade e da economicidade - são também aplicáveis às OS como forma de preservação e garantia do bom uso do dinheiro público.

As OS foram, primeiramente, mencionadas no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), elaborado pelo Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado (MARE) e aprovado em 1995. O Plano Diretor prevê em seu item 6 os objetivos da reforma do Estado, destacando a garantia de maior governança ou capacidade de governar como forma de tornar mais eficientes as atividades exclusivas do Estado, bem como os serviços sociais competitivos, ao transformá-los em organizações públicas não estatais, ou seja, em Organizações Sociais. Como objetivos para os serviços não exclusivos, o item 6.4 apresenta o programa de publicização que preconiza a transformação das fundações em Organizações Sociais, por meio de contrato de gestão com o Poder Executivo (BRASIL, 1995).

Percebe-se que, com o intuito de aumentar a eficiência e a qualidade dos serviços públicos, projetou-se o modelo de Organização Social que absorveria as atividades publicizáveis, não exclusivas do Estado, as quais continuariam a receber recursos do Estado, sob a forma de fomento, além do controle estratégico e da fiscalização nos termos do contrato de gestão. O modelo de OS surgiu para representar uma pessoa jurídica de direito privado, não enquadrada no conceito de Administração Pública direta ou indireta, mas que executa serviços públicos. Inspirou-se nas *Quasi Autonomous Governmental Organizations* (QUANGOS) proveniente do direito inglês e utilizada por países como Austrália e Nova Zelândia.

Por sua vez, o contrato de gestão representa o instrumento que estabelece o vínculo jurídico entre a Administração Pública e a OS. O artigo 5º da Lei nº 9.637/98 o define como o instrumento firmado entre o poder público e a entidade qualificada como Organização Social para a formação da parceria, visando o fomento e a execução de atividades relativas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde. No contrato de gestão estão fixadas as metas a serem cumpridas pela entidade, os prazos de execução, os critérios de avaliação de desempenho, os indicadores de qualidade e de produtividade, os limites de gastos, bem como a forma pela qual o poder público exerce o fomento, seja pela transferência de recursos orçamentários, servidores ou bens públicos. O contrato de gestão poderá ser renovado por períodos sucessivos a critério da autoridade supervisora, porém condicionado à demonstração do cumprimento de seus termos e condições. A desqualificação da sociedade pode ocorrer pela perda do título advinda do descumprimento das normas do contrato de gestão.

Com relação às regras licitatórias, salienta-se que a Lei nº 9.637/98 não prevê licitação para a qualificação da entidade, assim como também não a prevê para que a OS celebre contratos com terceiros, apenas exigindo que se publique, num prazo máximo de 90 dias contados da assinatura do contrato de gestão, um regulamento próprio que contenha os

procedimentos para contratação em caso de aquisições com emprego de recursos públicos. Estados e Municípios possuem competência para legislar sobre OS, tendo em vista não existir obrigação quanto ao uso do modelo federal frente à autonomia político-administrativa que cada ente federado possui.

Alguns aspectos que permeiam a qualificação de uma entidade como Organização Social mostram-se controvertidos. Di Pietro (2020) destaca a necessidade de (i) exigência de licitação para a escolha da entidade, tendo em vista o respeito à isonomia e à capacidade da entidade em melhor atender aos objetivos do contrato de gestão; (ii) comprovação de que a entidade já existe, possui sede própria, patrimônio e capital além de estar regularmente constituída como pessoa jurídica; (iii) demonstração de qualificação técnica e idoneidade financeira para administrar o patrimônio público; (iv) submissão aos princípios licitatórios na celebração de contratos com utilização de recursos públicos; (v) imposição de limitações salariais; (vi) prestação de garantia tal como exigido nos demais contratos administrativos.

As OS administram vultosos recursos públicos, por isso a elas caberiam regras mais rígidas, transparentes e isonômicas. Apesar dessas questões e da constitucionalidade da Lei nº 9.637, o Supremo Tribunal Federal (STF) fixou entendimento (ADin nº 1923/DF) de que não é necessária licitação para escolha da entidade a ser qualificada como OS, bastando que se observe os princípios do artigo 37, *caput* da Constituição Federal (CF), bem como que a seleção seja feita de forma pública, objetiva e impessoal, conforme parâmetros fixados em abstrato com ênfase no atendimento ao cidadão-cliente, nos resultados, nos prazos e no controle social. A referida Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADin nº 1923/DF) ainda determinou que na contratação de pessoal com recursos públicos sejam observados os princípios constitucionais da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência (art. 37, *caput*, CF) nos termos de regulamentos baixados pela própria OS.

Embora não impeça que Estados e Municípios prevejam algum tipo de procedimento para escolha da entidade, o STF pacificou a dúvida acerca da dispensa de licitação para seleção das Organizações Sociais. Destaca-se que, em âmbito federal, a competência para qualificação da entidade incumbe ao Ministério ou órgão regulador responsável pela área de atuação da entidade privada requerente, sendo discricionário o ato de qualificação, ao contrário do que ocorre no caso das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), em que a qualificação é vinculada. A discricionariedade da qualificação aliada à não exigência de processo licitatório para a escolha da entidade faz nascer uma necessidade ainda maior de vinculação aos princípios constitucionais, de forma que decisões técnicas não sejam tomadas por vieses subjetivos ou políticos.

4.2.2 A regulamentação das OS no estado de São Paulo

O Estado de São Paulo, objeto de análise desta Tese, possui um arcabouço legal específico para a qualificação e a atuação das Organizações Sociais (OS). A base normativa paulista, em consonância à Lei Federal 9637/98, é fundamental para entender como as OS operam no sistema estadual e quais são os mecanismos de controle, repasse e prestação de contas.

A principal norma estadual é a Lei Complementar nº 846/1998, que regulamenta a qualificação de entidades sem fins lucrativos como Organizações Sociais. Para ser qualificada como OS, a entidade deve comprovar sua natureza privada, sem fins lucrativos, e demonstrar compromisso com atividades de interesse público, como saúde, pesquisa científica, cultura ou educação. A Lei também prevê a celebração de contratos de gestão entre o Estado e a OS, estabelecendo metas, indicadores de desempenho, forma de repasse de recursos e obrigações de prestação de contas.

Especificamente na área da saúde, o Estado editou, em 2010, a Lei Complementar nº 1.131, que alterou a Lei Complementar 846 para permitir, em situações específicas, a oferta de serviços a pacientes particulares e usuários de planos privados dentro de unidades públicas geridas por OSs. Essa previsão revela a amplitude das OSs paulistas e a flexibilidade do modelo para combinar ação pública e privada.

A referida Lei autorizou essa abertura quando a unidade de saúde for responsável por mais de 50% da oferta de serviços da região ou quando prestar serviços especializados e de alta complexidade. Nesses casos, desde que haja previsão expressa no contrato de gestão, autorização da Secretaria da Saúde e garantia de que não haverá prejuízo ao atendimento público, a unidade poderá destinar até 25% de sua capacidade operacional total ao atendimento privado. Essa lógica evidencia a coexistência, no contexto paulista, entre a lógica pública do SUS e mecanismos de inserção do mercado privado dentro da estrutura de provisão estatal de saúde.

No plano regulatório, o Decreto nº 57.108/2011, regulamenta dispositivos da Lei Complementar nº 1.131/2010, que alterou a LC nº 846/1998, e disciplina a atuação das OSs no Estado de São Paulo quando estas administrem unidades que concentrem mais de 50% da oferta regional de serviços de saúde ou prestem serviços especializados e de alta complexidade.

O decreto determina que tais unidades devem assegurar tratamento igualitário entre usuários do SUS, do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE) e pacientes particulares ou de planos privados, proibindo qualquer forma de preferência ou

reserva de leitos para o público privado. Estabelece ainda que a Secretaria da Saúde não firmará contratos com pacientes particulares ou planos, cabendo exclusivamente às OSs a cobrança de serviços privados. Os recursos arrecadados junto ao setor privado deverão ser aplicados prioritariamente na melhoria da atenção e dos serviços ofertados ao SUS.

No âmbito estatal paulista, apesar de serem entidades privadas, as OS ficam sujeitas ao controle externo, realizado pela Assembleia Legislativa e Tribunal de Contas do Estado, bem como ao controle interno, realizado pelo Poder Executivo e por comissões independentes de avaliação. No que tange à transparência a LC 846 impõe que as OSs paulistas publiquem suas demonstrações financeiras e seus relatórios de atividades no Diário Oficial. Além disso, devem prestar contas ao Tribunal de Contas do Estado. Também existe previsão legal para a desqualificação da entidade, caso ela descumpra os termos do contrato de gestão.

A normatização evidencia a complexidade do modelo de OSs em São Paulo. O Estado equilibra a delegação de serviços à iniciativa privada com mecanismos de controle e regulação, mas permanece vulnerável às tensões entre eficiência gerencial e responsabilidades estatais. Dessa forma, as OSs em São Paulo exemplificam como o neoliberalismo e a lógica de mercado se entrelaçam institucionalmente ao sistema público, mantendo o caráter dualístico entre provisão privada e dever público.

4.3 A participação privada no SUS: o gerenciamento de serviços de saúde por OSs

A Constituição Federal de 1988 instituiu um modelo público de saúde de caráter universal e integral, cuja execução pode ocorrer tanto diretamente pelo Estado quanto por terceiros. Tal como amplamente discutido no âmbito da Comissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente da Constituinte de 1987, a redação final dos artigos 197 e 199 autorizou a participação privada no Sistema Único de Saúde, desde que em caráter complementar, submetida à regulamentação, fiscalização e controle estatal. Observa-se:

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. (...)

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1.o – As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Essa abertura estruturou um espaço de disputa entre o projeto de um sistema estatal direto e os interesses alinhados à lógica mercantil. A regulamentação desse modelo ocorreu de

forma progressiva, sobretudo por meio da Lei nº 8.080/1990, que definiu as competências do SUS e as bases para a atuação complementar da iniciativa privada (artigo 15)³⁸.

O processo de regulamentação foi fundamental para consolidar a coexistência de um sistema público universal com formas terceirizadas de gestão, caracterizando o marco normativo que orientou a participação das OSs. A Lei nº 8.080/1990 detalha as competências do Estado, os mecanismos de gestão e a participação complementar da iniciativa privada. Destacam-se o art. 7º, que define a assistência à saúde como dever do Estado, garantindo a participação complementar de entidades privadas; o art. 15, que estabelece que os serviços privados podem integrar o SUS mediante contrato, convênio ou termos de parceria, respeitando diretrizes do sistema; o art. 17, que regulamenta a fiscalização e o controle sobre os serviços executados por terceiros e o art. 18, que prevê instrumentos de planejamento, organização e

³⁸ Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

- I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;
- II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;
- III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;
- IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde;
- V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;
- VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;
- VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;
- VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;
- IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;
- X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde;
- XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;
- XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;
- XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;
- XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
- XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;
- XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;
- XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;
- XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;
- XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;
- XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

avaliação da prestação de serviços, incluindo indicadores de desempenho e metas a serem cumpridas pelas entidades conveniadas. Portarias, decretos e normas administrativas subsequentes detalharam procedimentos de gestão, repasse de recursos e contratos com entidades privadas, criando a base legal e operacional para a atuação de hospitais filantrópicos e Organizações Sociais na prestação de serviços de saúde.

Do ponto de vista histórico, o SUS emergiu como um contraponto ao modelo médico-assistencialista privado, financiado pelo Estado e predominante nas décadas anteriores. A Reforma Sanitária almejava destacar o papel do Estado frente à saúde num sistema universal financiado e prestado pelo Estado, da mesma forma que grupos de interesses privados almejavam manter sua participação dos serviços de saúde pública, tendo o texto constitucional consolidado ambos os pontos.

Pouco após a regulamentação do SUS, a partir de meados da década de 1990, a agenda das reformas gerenciais de orientação neoliberal consolidou no Brasil uma racionalidade que defendia a retração da atuação estatal direta e a adoção de mecanismos de gestão inspirados no setor empresarial. Como demonstra Menicucci (2007), trata-se de um período caracterizado pela redefinição das fronteiras entre Estado e mercado, com a progressiva transferência da execução de serviços públicos para entidades privadas sem fins lucrativos.

Nesse ambiente, ganha centralidade o debate sobre modelos alternativos de administração pública e sobre a legitimidade da incorporação de agentes privados na realização de atividades de interesse coletivo, especialmente no âmbito da saúde. Segundo Krüger e Reis (2019), tal movimento constituiu um processo de desconstitucionalização do SUS, na medida em que reduziu a capacidade estatal de efetivar diretamente os princípios de universalidade, integralidade e equidade.

Em consonância a Krüger e Reis, Paim (2018) afirma que os interesses privados se entranharam no SUS, que se tornou orgânico a eles. O autor ainda assenta sua crítica aos negócios lucrativos que permeiam o SUS, afirmando que ao assegurar a realização de procedimentos de alto custo para o setor privado gera-se um distanciamento do SUS constitucional e do SUS democrático propostos pela Reforma Sanitária Brasileira, caracterizando uma espécie de simulacro de SUS.

Especificamente, a criação das OSs pela Lei nº 9.637/1998 aprofunda essa tensão pois institui um modelo de gestão privada ou terceirizada dos serviços de saúde pública. As OS não apenas colaboram com o Estado: elas assumem a gestão integral de unidades públicas, administrando pessoal, insumos, contratos, compras e processos assistenciais sob regime

jurídico privado. Atuam como gestoras externas, operando mediante contrato de gestão com metas, indicadores de desempenho e mecanismos de repasse financeiro.

Assim as OSs acabam por representar o deslocamento da gestão pública, pois transfere o centro decisório da gestão para uma entidade privada, rompendo com a burocracia estatal tradicional e introduzindo maior autonomia operacional. Sua atuação concretiza uma forma de mercado no setor público, no qual o desempenho passa a ser avaliado por metas, produtividade e eficiência econômica.

As tensões produzidas pelo modelo de OS tornam-se evidentes quando se observam experiências concretas na saúde. Fonseca, Lima e Teixeira (2021), ao analisarem as OSs na Atenção Primária do Rio de Janeiro, identificam que a legislação do modelo não assegura mecanismos efetivos de participação e representação dos profissionais, além de permitir vínculos flexíveis que enfraquecem direitos trabalhistas básicos. Esses casos ilustram como a busca por eficiência gerencial — típica da lógica neoliberal — pode resultar em ambientes de trabalho instáveis e em práticas que tensionam princípios da gestão democrática e da proteção social. Por sua vez Santos e Carnut (2022) apontaram a dificuldade de responsabilização estatal frente ao acompanhamento e fiscalização do serviço prestado pelas OSs, além da fragilidade de dados e indicadores consistentes, sobretudo acerca do gasto público destinado às OSs, fato que pode contribuir para um grande dispêndio financeiro dos cofres públicos, bem como para um esgotamento ainda maior do SUS.

Por outro lado, parte da literatura destaca que a participação privada no SUS, quando regulada e fiscalizada, tem o condão de operar como um instrumento de suporte à execução de atividades complexas bem como de contribuir para a eficiência operacional, não comprometendo os princípios de universalidade, integralidade e equidade. Estudos sobre parcerias público-privadas sugerem que, em contextos de escassez de recursos e desafios de financiamento público, a colaboração entre setor público e privado conduz à utilização de recursos adicionais, além da promoção da inovação e da expansão de capacidade de atendimento à população. (Silva e Silva, 2019). Do mesmo modo, pesquisas que investigam a complementaridade público/privado enfatizam que tal hibridismo pode ser necessário e útil quando interpretado como parte de um modelo de gestão que visa enfrentar desafios operacionais e ampliar a capacidade de atendimento, sem retirar dos órgãos públicos sua função de regulação e controle (Nogueira, 2022).

Dessa forma, a literatura acadêmica apresenta um debate plural: enquanto uma vertente crítica problematiza os riscos de mercantilização e de erosão das bases constitucionais do SUS, outra série de estudos defende que contratos bem estruturados e parcerias com entidades

privadas podem ser compatíveis com a lógica universal e equitativa do sistema, especialmente quando inseridos em uma governança estatal eficaz.

De forma sintetizada, críticos apontam que as OSs refletem lógicas neoliberais, priorizando metas em detrimento da questão social, ao passo que os defensores as veem como um complemento necessário em contextos de fragilidade do setor público. O Quadro 02 sintetiza tais argumentos.

Quadro 02: Síntese da análise de adoção de OSs

Aspecto	Perspectiva crítica	Perspectiva favorável
Eficiência	Priorização de metas e resultados em detrimento aos direitos sociais	Agilidade na gestão e redução de burocracias
Controle Social	Redução da participação social	Há controle através de mecanismos como auditorias, indicadores contratuais.
Universalidade	Há risco de exclusão e insuficiência	Complementa a atuação universal do setor público. Ampliação de atendimento
Orçamento	Recursos geridos como no setor privado	Permite parcerias, flexibilização e maior investimento

Fonte: elaboração própria

Contudo, em termos comparativos há um contraste entre o modelo público do SUS e o modelo gerencial das Organizações Sociais. Enquanto o SUS é regido por normas de direito público, orientado pelos princípios constitucionais da universalidade, integralidade, equidade e controle social, as OSs operam segundo normas do direito privado, com maior flexibilidade administrativa, contratação de pessoal via CLT, ausência de concurso público e regime de compras não submetido às regras estritas da licitação. O SUS organiza-se segundo a noção de direito social e dever estatal; as OSs, por sua vez, introduzem mecanismos de gestão próprios do setor empresarial, pautados por metas de desempenho, indicadores gerenciais e resultados mensuráveis.

Dessas características decorre a tensão estrutural e ideológica do arranjo: a coexistência de dois modelos de gestão que produz um sistema híbrido, no qual parte da política pública é operacionalizada por entidades privadas regidas por racionalidade distinta daquela que fundamenta o SUS constitucional.

Esse mecanismo de gestão por OSs conduz a uma tensão nos mandamentos do SUS frente à ambiguidade estrutural gerada quando entidades privadas passam a operar políticas públicas de saúde, financiadas majoritariamente com recursos estatais, e cuja legitimidade depende do equilíbrio delicado entre autonomia gerencial e preservação do interesse público.

Polêmicas jurídicas advieram acerca da possível inconstitucionalidade da gestão de serviços públicos por OS até que o Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu pela sua

constitucionalidade na Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 1923³⁹, proposta pelo Partido dos Trabalhadores (PT) e pelo Partido Democrático Trabalhista (PDT), conferindo, inclusive, interpretação conforme a Constituição às normas que dispensam licitação no âmbito dos contratos de gestão celebrados entre o Poder Público e a OS. Observa-se nos trechos do Acórdão proferido no bojo da ADI 1923:

5. O marco legal das Organizações Sociais inclina-se para a atividade de fomento público no domínio dos serviços sociais, entendida tal atividade como a disciplina não coercitiva da conduta dos particulares, cujo desempenho em atividades de interesse público é estimulado por sanções premiais, em observância aos princípios da consensualidade e da participação na Administração Pública.

6. A finalidade de fomento, in casu, é posta em prática pela cessão de recursos, bens e pessoal da Administração Pública para as entidades privadas, após a celebração de contrato de gestão, o que viabilizará o direcionamento, pelo Poder Público, da atuação do particular em consonância com o interesse público, através da inserção de metas e de resultados a serem alcançados, sem que isso configure qualquer forma de renúncia aos deveres constitucionais de atuação.

9. O procedimento de qualificação de entidades, na sistemática da Lei, consiste em etapa inicial e embrionária, pelo deferimento do título jurídico de “organização social”, para que Poder Público e particular colaborem na realização de um interesse comum, não se fazendo presente a contraposição de interesses, com feição comutativa e com intuito lucrativo, que consiste no núcleo conceitual da figura do contrato administrativo, o que torna inaplicável o dever constitucional de licitar (CF, art. 37, XXI).

(Trechos do Acórdão da ADI 1923, STF⁴⁰)

Destarte, o sistema de saúde brasileiro foi originalmente concebido para admitir distintas formas de participação privada na execução de serviços públicos. À luz do desenho constitucional a proposta das Organizações Sociais não constituiu ruptura, mas continuidade: trata-se de um modelo de gestão que se ancora em permissivos constitucionais pré-existentes e se compatibiliza com a estrutura normativa do SUS instituída em 1988.

Em consequência, consolidou-se o arranjo institucional em que o Estado mantém dupla função: a de provedor direto de serviços e a de fiscalizador da atuação privada, assegurando que a gestão terceirizada não se descole das finalidades públicas que fundamentam o SUS.

4.4 As OSs e a lógica neoliberal

A utilização das OSs no contexto da saúde pública brasileira não pode ser compreendida sem referência à lógica neoliberal que orientou as reformas do Estado a partir da década de 1990. Nesse modelo, a eficiência, a produtividade e a racionalização dos recursos públicos são

³⁹ Fonte: <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=289678&ori=1>

⁴⁰ Disponível em: https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/Voto__ADI1923LF.pdf

priorizadas, ao passo que a atuação direta do Estado é reduzida e substituída pela gestão privada ou terceirizada.

O neoliberalismo refere-se a uma teoria de práticas políticas e econômicas que postula que o bem-estar humano está associado às liberdades e capacidades empreendedoras individuais, num contexto de propriedade privada, livre mercado e livre comércio, restringindo o papel do Estado a proporcionar uma estrutura institucional adequada para tais práticas (Harvey, 2011). Nessa perspectiva, a ideologia neoliberal sustenta que a eficiência é mais facilmente alcançada quando o mercado se torna o mediador do fornecimento de serviços.

Embora a reforma gerencial tenha sido apresentada como um elemento técnico de administração para tornar o Estado eficiente e cumpridor de metas, esta nova forma de gestão pública não se mostrou neutra ou meramente operacional, pois carregou consigo decisões políticas e econômicas que repercutiram, inclusive, no modo de agir do Estado, alinhando-se a posições ideológicas específicas.

A reforma do Estado englobou questões administrativas, políticas e econômicas assentadas em torno de ideologias tomadas como hegemônicas no sentido de dominação de um grupo ou classe social que se opera por meio do Estado ou de outras instituições. Cabral Neto (2009) destaca que o modelo gerencial muito se aproximava das teses do neoliberalismo, pois buscava tornar o setor público mais parecido possível com o privado, visto como mais eficiente e produtivo.

Parte da literatura caracteriza as reformas administrativas das últimas décadas como orientadas por instrumentos gerenciais e mecanismos inspirados em racionalidades de mercado, associados ao movimento internacional de New Public Management (Hood, 1991). Hood (1991) observa que, a partir dos anos 1980, muitos governos ocidentais enfrentavam problemas de ineficiência, burocracia excessiva e falta de responsabilidade pelos resultados. Como resposta, surgiram reformas administrativas inspiradas em modelos de gestão do setor privado cujos princípios são: orientação para resultados, descentralização e autonomia gerencial, racionalidade de mercado, eficiência e redução de custos.

Hood (1991) mostra que o NPM é um conjunto de ideias e práticas que refletem uma lógica de mercado aplicada à administração pública. É nesse sentido que autores críticos (como Krüger e Reis 2019) interpretam a contratualização de OS, fruto da NPM, como mecanismo de ampliação da participação de entidades privadas na execução de serviços financiados com recursos públicos, sob o pretexto da eficiência administrativa e racionalização gerencial.

Em conformidade à lógica neoliberal, o Estado tornou-se regulador das concessões de serviços públicos e provedor subsidiário de funções públicas, enquanto a política tendia a

caminhar, na área social, para as privatizações. Por isso, alguns autores interpretam a expansão das OS como parte da introdução de mecanismos contratuais e arranjos híbridos de gestão, com aumento da participação de entidades privadas na execução de serviços públicos financiados pelo Estado. (Menicucci, 2007; Paim, 2018; Morais *et al*, 2018).

Estudos recentes reforçam o que aqui se argumenta, evidenciando que o neoliberalismo impacta diretamente a estrutura e funcionamento do SUS, ao privilegiar mecanismos de gestão terceirizada e parcerias público-privadas em detrimento da ação direta do Estado. Conforme apontam Oliveira, Carneiro e Brasil (2025), esse modelo neoliberal de gestão configura-se como uma estratégia para reduzir custos públicos e repassar responsabilidades operacionais para entidades privadas, causando retrocessos e prejuízos aos direitos de saúde da população.

As democracias contemporâneas, sobretudo após a reforma do Estado, possuem como marca a absorção de atividades sociais pelo Terceiro Setor. Porém, é preciso salientar que as entidades desse setor, como as OSs, apesar de não lucrativas, possuem interesses econômicos, seja em isenções de tributos, subsídios estatais ou mesmo altas remunerações para seu corpo diretivo. Em consequência, embora atuem no campo social, essas organizações acabam incorporando práticas e incentivos típicos do setor privado, influenciando decisões de gestão, priorizando eficiência financeira e produtividade sobre o interesse público.

Em que pese alguns teóricos, como Modesto (1997) e Bresser-Pereira (*in* BRASIL, 1997) não considerarem que as OSs tenham implantado um processo de privatização por não existir a transferência de domínio estatal para o domínio privado, Andreazzi e Bravo (2014), Di Pietro (2020), Mazza (2023) e outros doutrinadores do Direito Administrativo colocam as parcerias entre setor público e privado por meio de OSs como uma privatização, pois visam diminuir o tamanho do Estado, movendo algo que está sob o regime jurídico de direito público para o campo do regime jurídico de direito privado.

Morais *et al* (2018) também defendem que embora não exista a venda de patrimônio público, há uma transferência de funções estatais - como gestão, contratação de pessoal, compras, coordenação de serviços - para as OSs que são entidades privadas. A perda de capacidade de planejamento e de regulação que o Estado sofre justifica a ideia de privatização, representando um avanço da lógica neoliberal para a saúde.

Em síntese, as Organizações Sociais representam um modelo de gestão que, embora juridicamente permitido e articulado ao SUS, reflete a inserção de lógicas de mercado na administração de serviços públicos. Ao transferir funções e recursos do Estado para entidades privadas, mesmo sem fins lucrativos, consolidam-se tensões entre eficiência, autonomia gerencial e a garantia dos princípios constitucionais da saúde pública. Esse arranjo evidencia o

desafio central da lógica neoliberal na saúde: conciliar a terceirização da gestão com a manutenção da universalidade, integralidade e equidade que constituem o núcleo do SUS, mostrando como interesses de mercado podem influenciar e reconfigurar a prestação de serviços públicos essenciais.

4.5 Considerações Finais

A criação das Organizações Sociais representou uma engrenagem de um componente maior de reformas que buscava novos modelos de gestão pública e ancorava-se em coalizões de centro-direita com seus ideários neoliberais. Tais iniciativas foram implantadas poucos anos após a constitucionalização de um sistema de saúde garantista e da criação do SUS no Brasil.

O presente capítulo demonstrou como as Organizações Sociais (OS) surgem no contexto das reformas da gestão pública brasileira e da adoção da lógica neoliberal, marcada por redução da atuação direta do Estado e transferência de responsabilidades a entidades privadas. A análise histórica e normativa evidencia que, desde sua concepção, as OS foram estruturadas para introduzir mecanismos de eficiência, metas de desempenho e autonomia operacional típicos do setor privado, enquanto mantêm vínculos financeiros e regulatórios com o Estado.

A legislação que qualifica as OS, especialmente a Lei nº 9.637/1998, os contratos de gestão e a normatização estadual em São Paulo, refletem diretamente princípios neoliberais, ao permitir que entidades privadas administrem serviços públicos antes desempenhados exclusivamente pelo Estado, em um modelo híbrido que combina financiamento público e gestão privada. Essa delegação de funções evidencia a privatização parcial do serviço público e a mercantilização da saúde, ainda que sem fins lucrativos.

O capítulo também destacou que essa lógica neoliberal produz tensões significativas em relação aos princípios constitucionais do SUS, como universalidade, integralidade e equidade. O SUS foi projetado como um instrumento de justiça social, um resultado da descentralização político-administrativa visando a equidade, a universalização e a integração das ações de saúde. Entretanto, passados alguns anos da promulgação da Carta Magna e de criação do SUS, o sistema de saúde foi julgado falho em alguns sentidos, sobretudo na eficiência, razão pela qual concretizaram-se as possibilidades de parceria com o setor privado.

As argumentações trazidas demonstraram um aparente conflito entre uma Constituição garantista, que parece conferir ao Estado a proeminência na solução de problemas sociais e a reforma gerencialista que se inspirou na lógica neoliberal de diminuição do tamanho estatal. Entretanto, trata-se de um conflito aparente. Enquanto as OSs podem contribuir para a

eficiência operacional e a expansão do atendimento, por outro lado a centralidade em metas, indicadores e resultados financeiros pode deslocar o foco do direito social para critérios gerenciais, aproximando a execução das políticas públicas da lógica mercadológica. Tal dualidade abre espaço para disputas políticas e interpretações divergentes sobre o papel do Estado na saúde.

Portanto, as OSs formam um arranjo institucional emblemático da influência neoliberal sobre o setor público, mostrando como o Estado, ao delegar a execução de políticas sociais a entidades privadas, passa de provedor direto a regulador e fiscalizador. As OSs demonstram que, embora financiadas com recursos públicos, os serviços de saúde podem operar sob normas do direito privado, introduzindo um hibridismo que tensiona os valores democráticos e sociais da Constituição de 1988.

A análise deste capítulo explicita a ligação entre OSs e a lógica neoliberal, demonstrando que a adoção desse modelo incorpora princípios centrais de racionalidade econômica e eficiência gerencial típicos de políticas neoliberais. Sob tais condições, a implantação e a manutenção das OSs suscitam questões ideológicas e partidárias que carecem de ser esclarecidas por meio de empirismo, o que será realizado no próximo capítulo.

CAPÍTULO V – A ORIENTAÇÃO PARTIDÁRIA IMPORTA? Análise da influência da orientação partidária dos prefeitos no âmbito da gestão da saúde pública por OSs no estado de São Paulo (2021-2024)

5.1 Introdução

Os capítulos precedentes desta tese construíram um argumento de fundo histórico e institucional. O Capítulo I demonstrou que a Reforma Gerencial brasileira da década de 1990 não foi um movimento técnico-neutro, mas uma resposta politicamente orientada à crise fiscal do Estado, ancorada no ideário do *New Public Management* e no Consenso de Washington.

O Capítulo II rastreou como a exclusão histórica no campo da saúde pública — do período colonial à consolidação previdenciária dos IAPs e INAMPs — engendrou um movimento sanitário que, paradoxalmente, conquistou a universalização do direito à saúde ao mesmo tempo em que não pôde vedar constitucionalmente a participação privada na sua gestão.

O Capítulo III evidenciou que a Assembleia Nacional Constituinte de 1987–1988 foi palco de disputa intensa entre dois projetos: o da saúde como direito universal e dever exclusivo do Estado, e o da saúde como serviço passível de delegação ao setor privado — com a Constituição de 1988 consagrando, ao fim, uma solução híbrida e historicamente ambígua.

O Capítulo IV fechou o arco argumentativo ao apresentar as Organizações Sociais de Saúde (OSs) como a expressão concreta desse hibridismo: instrumentos gerenciais que, sob o manto técnico da eficiência e da flexibilidade, carregam consigo uma genealogia ideológica ligada à redução do escopo estatal direto.

Nessa continuidade, o presente Capítulo tem como objetivo central avaliar empiricamente se a ideologia política, operacionalizada pela orientação partidária do prefeito, exerce papel relevante na adoção e na intensidade do uso de OSs, avaliando as hipóteses formuladas neste estudo.

A literatura e estudos de ciência política sugerem que a institucionalização das OSs, no contexto da Reforma, configurou um ponto de clivagem ideológica na política pública de saúde, de forma que sua utilização pode ser interpretada como expressão de uma visão orientada a diretrizes historicamente associadas a partidos de direita e centro-direita. Por outro lado, a opção por um Estado provedor, responsável pela oferta direta e universal dos serviços de saúde, tende a alinhar-se aos partidos de esquerda, tradicionalmente mais resistentes à delegação da execução de políticas sociais.

Nesse contexto, a adoção e maior utilização de OSs formaria um padrão preditivo: prefeitos alinhados à direita tenderiam a adotar este modelo e a utilizá-lo em maior intensidade, enquanto prefeitos de esquerda tenderiam a favorecer a gestão pública direta. O posicionamento da orientação partidária como variável explicativa central, constitui, portanto, o ponto de partida do presente capítulo.

Apresenta-se como questão central desta pesquisa: Em que medida a ideologia partidária dos prefeitos se manifesta como fator preditivo na adoção e na intensidade do uso de Organizações Sociais na gestão da saúde pública nos municípios de São Paulo durante o mandato 2021-2024?

Para analisar essa questão, a pesquisa mobiliza diferentes quadros teóricos da Ciência Política e da Administração Pública. O Neoinstitucionalismo (Peters, 1999) destaca que estruturas institucionais e regras operacionais condicionam decisões, limitando a liberdade para escolhas ideológicas puras. Dessa forma, ainda que prefeitos possuam orientações ideológicas distintas, suas decisões podem ser condicionadas por arranjos legais, capacidades administrativas e estruturas previamente estabelecidas.

A Teoria do Eleitor Mediano (Downs, 1957) sugere que partidos tendem a convergir para o eleitor médio em sistemas bipartidários, o que reduziria a polarização ideológica das políticas implementadas. Complementarmente, a Política Espaçada (Grofman, 2004) amplia a lógica para cenários multipartidários, permitindo que partidos se posicionem estrategicamente para nichos específicos de eleitores com base em cálculos eleitorais.

No campo das políticas públicas locais, Peterson (1981) argumenta que governos municipais operam sob restrições estruturais derivadas da competição e da limitação de sua base fiscal. Embora o contexto brasileiro seja diferente do modelo norte-americano analisado por Peterson, a gestão municipal da saúde permanece sujeita a restrições orçamentárias e à necessidade de equilíbrio fiscal. Sob tal ótica, a adoção de modelos de gestão indireta pode ser interpretada mais como resposta institucional a constrangimentos estruturais e financeiros do que como expressão automática de orientação partidária.

Por fim, a Teoria dos Regimes Urbanos (Stone, 1989, 1993) evidencia que a governabilidade urbana depende da combinação de recursos estruturais e da formação de coalizões, em detrimento da orientação partidária isolada do prefeito. Para Stone, decisões como a utilização de OSs pode refletir mais a configuração estrutural do município do que a ideologia do prefeito.

À luz dessas abordagens, a pesquisa realiza análise empírica com base em dados provenientes do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS),

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (TCE/SP), Tribunal Superior Eleitoral (TSE) e Portal da Transparência do Município de São Paulo.

O presente capítulo organiza-se em seções: além desta introdução, a seção 5.2 apresenta uma discussão sobre partidos e atores políticos, destacando suas preferências e implicações para a gestão pública, a qual em conjunto a seção 5.3 fornece a fundamentação teórica que impulsiona a pesquisa. A seção 5.4 examina de forma empírica se a orientação partidária influencia a gestão da saúde por OSs, identificando os fatores determinantes para a adoção e intensidade de uso de OSs nos municípios paulistas (2021-2024); por fim, a seção 5.5 contextualiza os resultados empíricos com pesquisas anteriores e teorias da ciência política. Em seguida, apresentam-se as considerações finais que sintetizam o capítulo.

5.2 Partidos, Atores políticos e suas preferências

O comportamento dos atores, em especial na escolha de modelos de gestão pública como o das OSs, é moldado não apenas por suas preferências individuais, mas também pelas regras do jogo político e pelas restrições institucionais que estruturam a competição (Kaufman, 1998). É nesse contexto, que a ciência política oferece ferramentas analíticas para estudar partidos, atores e suas preferências, destacando, entre elas, o institucionalismo, que analisa como as instituições moldam decisões, comportamentos e políticas públicas.

O institucionalismo surge como uma resposta aos modelos comportamentalistas, pois considera que a ação social, para além da preferência dos atores, também estaria condicionada à influência das instituições. Teóricos do institucionalismo, ainda que discordantes em alguns aspectos, convergem para o fato de que normas e procedimentos operacionais influenciam no resultado positivo, já que são capazes de estruturar o comportamento político e moldar a identidade, enquanto as instituições moldam a política e são moldadas pela história (Marques, 2007).

As instituições estruturam a ação política: o cálculo estratégico do ator depende de suas expectativas sobre o comportamento provável dos demais atores, enquanto a instituição funciona como referência de valores compartilhados, promovendo ganhos de cooperação (Hall & Taylor, 2003). Instituições representam regras formais e restrições informais - normas de comportamento, convenções, normas sociais, e códigos de conduta-, cuja eficácia se reflete na identidade entre os objetivos das restrições institucionais e as escolhas feitas pelos indivíduos

(North, 1994). Em síntese, as instituições delimitam o campo de decisão (Immergut, 1996), funcionando como as “regras do jogo” que guiam a interação humana (North, 1994).

No entanto, outros fatores também influenciam a ação política, como estratégias partidárias e a atuação dos partidos. Estes últimos assumem papel aglutinador e estabilizador diante da diversidade de preferências individuais. A relevância do partido é destacada, por exemplo, por Cox e McCubbins (1997), que analisaram o papel do partido majoritário e sua liderança nos EUA, demonstrando o conceito de “cartel legislativo”, pelo qual partidos controlam a agenda e facilitam negociações favoráveis aos seus membros. Frente a este destaque, a orientação partidária, com sua base ideológica, adquire a capacidade de refletir sobre valores e regras priorizados na gestão pública sendo, em tese, partidos de esquerda tendentes a favorecer a gestão estatal direta dos serviços de saúde, e partidos de centro e direita tendentes a apoiar a descentralização e a adoção de modelos não estatais, como as OSs.

A respeito da importância da análise sob a ótica partidária, a ciência política evidencia uma relação de interdependência e tensão entre partidos e instituições. O Neoinstitucionalismo apresenta as instituições como “regras do jogo” que moldam o cálculo estratégico (North, 1994), enquanto a Teoria Partidária enxerga os partidos como agentes ativos, guiados por ideologia, capazes de manipular ou redefinir regras para alcançar resultados favoráveis (por exemplo Cox & McCubbins, 1997). Dessa forma, a adoção de políticas públicas, como a gestão por OSs, emerge da interação entre a agência partidária e as restrições institucionais.

As perspectivas derivadas do Neoinstitucionalismo, combinadas com insights da Teoria Partidária — que analisa partidos políticos como unidades orientadas por ideologia e organização interna — fornecem ferramentas úteis para compreender dilemas na adoção de políticas públicas. Enquanto a Teoria Partidária permite explicar as prioridades e escolhas dos gestores locais a partir da orientação ideológica de seus partidos, o Neoinstitucionalismo ajuda a entender como regras, estruturas e limitações institucionais condicionam ou restringem essas escolhas. A seguir, a seção 5.3 aprofunda o papel dos partidos políticos, sua orientação ideológica e como o Neoinstitucionalismo permite compreender suas ações no contexto da política local.

5.3 Partidos políticos, orientação partidária e Neoinstitucionalismo

Partidos políticos são instituições centrais em regimes democráticos, articulando a ambição individual dos atores e a competição eleitoral (Dahl, 1997; Marques, 2007). Nesse sentido, a relação entre políticas públicas e partidos políticos é delineada a partir do momento

em que as decisões governamentais se mostram interdependentes da estratégia e da orientação partidária (Lira, 2023; Bolognesi, 2020).

Max Weber (2000, p. 545) define os partidos políticos como “organizações voluntariamente criadas e baseadas em livre recrutamento, necessariamente sempre renovando, em oposição a todas as corporações fixamente delimitadas pela lei ou por contrato. Complementando essa perspectiva, Downs (1957, p. 47) concebe o partido como “uma coalizão de indivíduos que buscam controlar o aparato governamental por meios legais”, destacando que o caráter ideológico do partido emerge da cooperação entre membros com fins comuns. Por sua vez, a Teoria Partidária, no campo da Ciência Política, compreende os partidos como agregadores de preferências e detentores de identidades ideológicas relativamente estáveis.

Em sua atuação, os partidos orientam suas decisões em torno de três objetivos distintos: obtenção de cargos governamentais, maximização de votos e concretização de políticas públicas que venham a se aproximar de suas ideologias (Strom, 1990). No entanto, tais objetivos podem entrar em conflito gerando tensões internas e dissidências ideológicas frente à clássica orientação partidária direita-esquerda.

A orientação partidária caracteriza-se como um vínculo entre eleitores e partidos, de cunho cognitivo, utilizado para simplificar as escolhas políticas. Trata-se de uma ferramenta estratégica que tem a função de conectar princípios ideológicos à atuação prática. Uma das formas mais antigas e universais de classificar e simplificar essas posições ideológicas e a competição política é a clivagem direita-esquerda.

Com raízes no processo revolucionário francês do final do século XVIII, o uso da terminologia direita e esquerda passou por um processo de universalização atrelado a posições econômicas. Mesmo tendo se modificado ao longo do tempo, o significado que associa a esquerda aos princípios socialistas e à defesa da igualdade social, e a direita à defesa do livre mercado capitalista, permanece como referência interpretativa (Tarouco e Madeira, 2013). Tal significado fornece coerência ao comportamento do partido, além de estabilizar a competição eleitoral e permitir que os eleitores se identifiquem com base em suas preferências ideológicas (Mainwaring e Torcal, 2005).

Entretanto, não raras vezes, inexistente alinhamento entre orientação partidária, ideologia e práticas de gestão dos políticos eleitos. Para compreender como os partidos se posicionam e buscam votos dentro do espectro ideológico, mesmo diante dessa inconsistência, uma das abordagens mais influentes é a de Anthony Downs.

No modelo espacial unidimensional proposto por Downs (1957), em sistemas bipartidários os partidos tendem a convergir programaticamente em direção ao eleitor mediano

como estratégia de maximização de votos. Como os eleitores escolhem a alternativa mais próxima de suas preferências, deslocamentos excessivos para posições extremas implicam perdas eleitorais. A convergência ao centro, portanto, decorre de cálculo racional competitivo, e não de afinidade normativa.

Apesar da influência de Downs (1957), seu modelo foi contestado por Grofman (2004), que traz a lógica de sistemas multipartidários. Neles partidos podem enfatizar questões estratégicas de vantagem, afastando-se do eleitor mediano, fenômeno chamado por Grofman de “política espaçada”. Nesse modelo multidimensional, os partidos competem salientando posições nas quais detêm vantagens estratégicas, sem necessariamente confrontar seus adversários nos mesmos temas, o que evidencia como a competição pode gerar divergência ideológica e polarização temática (Grofman, 2004).

Essa distinção é crucial: o modelo de proximidade espacial de Downs (centrípeto) postula que os partidos são puxados para o eleitor mediano; já os modelos de centrífugos permitem que os partidos se afastem desse centro, concentrando-se em pautas onde possuem vantagens, incentivando a polarização temática e desafiando a premissa de convergência ideológica.

Para Grofman (2004) cada partido se limita a uma seção relativamente pequena de espaço temático, que é normalmente distinta das seções de outros partidos. Quanto às posições dos candidatos, ele argumenta que o político pode obscurecer sua ideologia para parecer mais centrista do que realmente é. Ademais, por vezes, a localização política de um candidato pode não determinar o apoio do eleitor que escolhe com base em outros vieses não políticos, tais como a confiabilidade do candidato ou a competência. Portanto, assim como existem eleitores que escolhem com base em proximidade política ideológica, há também aqueles que escolhem em direção às mudanças almejadas e aos seus desejos.

Ainda dentro da clivagem ideológica, Stokes (1963) e Robertson (1976) se diferenciam ao destacar que a competição partidária é multidimensional, de modo que a escolha do eleitor não se limita ao eixo direita-esquerda. Stokes enfatiza a complexidade dessa escolha, que envolve múltiplas questões, enquanto Robertson argumenta que o principal objetivo da democracia é a resolução de problemas concretos. Assim, os partidos devem identificar e atuar na solução dos problemas da sociedade, orientando as decisões do eleitor de forma prática e contextual.

Diante dessas múltiplas dinâmicas da competição partidária, compreender como esse comportamento se manifesta empiricamente requer uma lente teórica mais abrangente, o que torna a análise do Neoinstitucionalismo fundamental. Hall e Taylor (2003) aduzem que em suas

múltiplas variantes - institucionalismo histórico, sociológico e da escolha racional - o neoinstitucionalismo contribuiu para a progressão do mundo político, ao ampliar o conceito de instituição para além das regras formais.

Para compreender a complexidade da competição partidária e da escolha eleitoral, a Teoria Partidária deve ser complementada pelo Neoinstitucionalismo, que fornece a estrutura de regras e restrições dentro da qual os partidos operam. Essa interseção é fundamental para analisar empiricamente como prefeitos, guiados por sua orientação partidária, decidem pela adoção ou não de Organizações Sociais na gestão municipal de saúde.

Os teóricos do institucionalismo da escolha racional postulam que os atores compartilham um determinado conjunto de preferências, comportando-se de forma utilitária para maximizar a satisfação de seus interesses. Esses mesmos atores tendem a perceber a vida política como um dilema de ação, no qual a satisfação dos próprios interesses caminha em conjunto com os riscos de produção de um resultado que não seja tão bom para a coletividade, visto que os arranjos institucionais podem impedir a adoção da melhor ação no plano coletivo (Hall e Taylor, 2003). Nessa perspectiva, os eleitores também se comportariam para maximizar seus interesses.

No âmbito da política local, a perspectiva da escolha racional encontra um campo fértil, como postulado por Peterson (1981). O autor argumenta que as cidades operam sob fortes restrições estruturais decorrentes da competição por capital, investimentos e residentes. Essa competição impõe limites à autonomia decisória dos governos municipais, incentivando a priorização de políticas voltadas ao crescimento econômico em detrimento de políticas redistributivas, independentemente da orientação ideológica do prefeito.

Na área da saúde a hipótese de Peterson sugere que a escolha de modelos de gestão pode ser condicionada pelas restrições estruturais. A adoção OSs se daria como uma alternativa mais eficiente, capaz de reduzir custos administrativos, aumentar a flexibilidade gerencial e produzir resultados mensuráveis em termos de prestação de serviços. Nesse caso, a decisão não decorreria primordialmente de alinhamento ideológico.

Entretanto a competição apontada por Peterson, por vezes, não explica, isoladamente, o processo decisório. A Teoria dos Regimes Urbanos de Stone (1989) sustenta que as decisões de governo são o resultado de coalizões estáveis entre atores públicos e privados que compartilham recursos e objetivos de gestão e desenvolvimento local. Assim acrescenta-se uma dimensão relacional na qual a adoção de OSs pode refletir não apenas uma estratégia de eficiência, mas também a consolidação de um arranjo cooperativo entre prefeitura e grupos com capacidade de influência local

Enquanto Peterson destaca as restrições estruturais impostas à ação municipal, Stone evidencia a dinâmica de coalizões que viabiliza determinadas escolhas. Ambas as abordagens dialogam com o institucionalismo da escolha racional ao conceberem os atores políticos como estrategistas que operam sob limitações institucionais e buscam maximizar seus objetivos.

Num outro viés, o institucionalismo sociológico apresenta as instituições de maneira mais global, incluindo além das regras e procedimentos, os sistemas de símbolos e modelos morais que conferem padrões de significação, guiando a ação humana e proporcionando uma interpenetração entre instituições e cultura. Hall e Taylor (2003) esclarecem que teóricos do institucionalismo da escolha racional justificam o desenvolvimento de uma instituição com base em sua eficácia frente às finalidades daqueles que a aceitam, enquanto teóricos do institucionalismo sociológico justificam a adoção de uma determinada prática institucional pelas organizações frente à sua legitimidade social.

Por último, o institucionalismo histórico prende-se à forma pela qual as instituições se desenvolvem ao longo do tempo, sendo este contínuo um fator de influência para as escolhas atuais (*“path dependence”*). Isso significa que as decisões dos partidos não devem ser olhadas isoladamente, mas a partir de decisões, tradições e estruturas previamente estabelecidas (Hall e Taylor, 2003). Dito isto, as práticas de gestão da saúde pública podem ser analisadas sob a ótica das três lógicas:

- **Lógica da consequência e dos benefícios (Escolha Racional):** nesse caso, a adoção de OSs viria da busca pela melhoria dos resultados em saúde, seja pela queda de custos, pela maior qualidade e viabilidade dos serviços ou mesmo pela rapidez da prestação e da minimização de burocracias. Todos esses resultados levariam à maximização do apoio eleitoral. O indivíduo (político/eleitor) é tomado como um agente racional que se move pela maximização de interesses e utilidade, focando nos benefícios do modelo. Por exemplo um prefeito que adota OSs baseado em métricas de produtividade, pesquisas de satisfação, qualidade de atendimento, entre outras.
- **Lógica da Adequação (Sociológico):** A adoção de OSs é sustentada pela legitimidade social, independentemente de sua eficácia e consequências mensuráveis. Os indivíduos guiariam suas ações guiados pela lógica da adequação a normas, valores e símbolos aceitos institucionalmente. Por exemplo um governo que adota a gestão por OSs porque essa prática consolidou-se como símbolo de governança e modernidade.
- **Lógica da Tradição (Histórico):** a adoção de modelos de gestão se limitaria à sedimentação de práticas, regras e estruturas herdadas ou consolidadas ao longo do tempo. As decisões atuais ficariam, portanto, na órbita das escolhas do passado (*path*

dependence). Seria o caso de um prefeito que, mesmo com indicadores negativos, permanece sedimentado à gestão direta de saúde (SUS) pelo legado constitucional e sindical, inviabilizando a prática de gestões mais modernas, inspiradas na terceirização.

Em síntese, a escolha do modelo de gestão pública também pode ser compreendida como resultado da interação entre três lógicas institucionais: a lógica da consequência (maximização de utilidade), a lógica da adequação (busca por legitimidade) e a lógica da trajetória histórica (dependência de percurso). A ideologia pode atuar como elemento orientador inicial, mas sua concretização e permanência podem depender das restrições estruturais e institucionais que moldam o ambiente decisório.

5.4 A ideologia importa? Análise da orientação partidária frente à gestão de saúde por OSs

Nesta seção serão apresentados os procedimentos metodológicos e analíticos utilizados para responder à pergunta que norteia esta Tese. A partir da análise de dados quantitativos e secundários, provenientes de diversas fontes oficiais, a pesquisa busca testar associações estatísticas entre variáveis políticas e institucionais e a adoção e utilização de Organizações Sociais de Saúde (OSs). A questão central do estudo concentra-se na relação entre a filiação partidária dos prefeitos e a forma de gestão da saúde pública municipal, partindo de três hipóteses:

I) a orientação partidária dos prefeitos está associada de forma estatisticamente significativa à adoção de OSs nos municípios paulistas, sendo esse resultado consistente com a existência de uma clivagem ideológica na gestão da saúde;

II) a adoção de OSs é predominantemente explicada por fatores estruturais e pragmáticos, como porte populacional e capacidade fiscal, reduzindo o peso da orientação partidária nas escolhas de gestão municipal;

III) a orientação partidária dos prefeitos está associada à intensidade de uso das OSs, mensurada pelo volume de recursos financeiros repassados a essas entidades (valor absoluto);

5.4.1 Seleção da amostra

Um município, como um ente federativo com independência orçamentária, operacional, administrativa e financeira, caracteriza uma divisão com governo e jurisdição próprios. Sendo a menor esfera político-administrativa da República Federativa do Brasil, o município se mostra

como unidade analítica adequada para examinar relações entre comportamento político e decisões administrativas. Além disso, junto à autonomia municipal, o protagonismo da área de saúde desponta na Constituição de 1988, razões pelas quais foi desenhada a presente pesquisa.

A escolha pelo estado de São Paulo não foi aleatória: baseou-se em critérios metodológicos, incluindo diversidade municipal, relevância econômica e elevada presença de OSs. São Paulo é o estado mais populoso e economicamente mais relevante do país, além de dispor de dados confiáveis para consulta.

O recorte temporal contempla o período de um mandato (2021-2024). Há destaque para o ano de 2021, primeiro ano de exercício dos prefeitos eleitos em 2020, sendo, por tal razão, período mais propício a mudanças, já que as novas administrações municipais tendem a iniciar a implementação de suas agendas administrativas.

A tese se apoia na disponibilidade de dados pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (TCE/SP), pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), pelo Tribunal Superior Eleitoral (TSE). Excepcionalmente, o Portal da Transparência do Município de São Paulo foi utilizado como fonte suplementar para obter dados específicos sobre repasses e contratos de OSs na capital, complementando as informações para as quais a cobertura do TCE/SP não se mostrou suficiente.

5.4.2 Operacionalização das variáveis e técnicas de análise estatística

A fim de investigar a relação entre a orientação partidária dos prefeitos e a gestão da saúde por OSs, foram operacionalizadas as seguintes variáveis, selecionadas com base nas teorias determinantes da gestão pública:

a) Variável Independente: Orientação Partidária do Prefeito, denominada “Ideologia”

Esta variável categórica representa a posição ideológica do partido ao qual o prefeito eleito para o mandato de 2021-2024 era filiado. Considerando que a Teoria Partidária entende os partidos como unidades orientadas por ideologia, a filiação partidária do prefeito é utilizada nesta pesquisa como *proxy* de sua orientação ideológica. As categorias Esquerda, Centro e Direita foram codificadas numericamente apenas para fins de organização da base de dados, sem implicar ordenação ou distância ideológica. Nos modelos estimados, uma das categorias foi adotada automaticamente como referência para a estimação dos coeficientes comparativos. As informações sobre a filiação partidária e sobre os resultados das eleições municipais de 2020

foram obtidos junto ao Tribunal Superior Eleitoral (TSE). A categorização dos partidos, amplamente empregada em estudos empíricos sobre partidos políticos brasileiros, foi realizada com base em Bolognesi, Ribeiro e Comodato (2023).

Embora os dados contemplem os mesmos 645 municípios ao longo do período de 2021 a 2024, a estratégia empírica adotada consistiu na realização de análises transversais anuais independentes. A pesquisa não se orientou por um desenho longitudinal, pois o objetivo não foi construir trajetórias de adoção ou estimar dinâmicas de mudança, já que a própria adoção de OSs constitui uma variável de baixa reversibilidade. Assim, optou-se por examinar a recorrência de fatores estruturais e políticos em cada ano específico, permitindo avaliar a consistência dos padrões decisórios ao longo do mandato.

Para analisar a associação entre orientação partidária e presença de contratos com OSs (HI e HII) utilizou a variável dependente 1:

b) Variável Dependente 1- Presença de OSs

Trata-se de uma variável binária (dummy) que indica a presença (1) ou ausência (0) de contratos com OSs para a gestão da saúde nos municípios paulistas ao longo do mandato 2021-2024. A variável foi operacionalizada em base anual, permitindo análises ao longo do mandato. Os dados foram levantados a partir do Sistema de Auditoria Eletrônica do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (TCE/SP), especificamente nos relatórios de execução orçamentária e nos dados de contratações de OSs (Portal do Terceiro Setor). Com relação ao município de São Paulo, que não se encontra sob a jurisdição do TCE/SP, os dados foram obtidos por contato eletrônico via Pedido de Acesso à Informação (Portal e-Cic).

Para verificar a relação entre orientação partidária e intensidade de utilização de OSs (HIII), utilizou-se a variável dependente 2:

c) Variável Dependente 2 - Gastos com OSs

Trata-se de variável contínua que quantifica o valor total dos repasses financeiros realizados pelos municípios às OSs. Os valores dos repasses foram extraídos do Sistema de Auditoria Eletrônica do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (TCE/SP), especificamente dos relatórios detalhados de despesas e contratos. Com relação ao município de São Paulo os dados foram obtidos por contato eletrônico via Pedido de Acesso à informação (Portal e-Cic).

Com o escopo de isolar o efeito da orientação partidária e mitigar o viés de variáveis omitidas, foram incluídas variáveis de controle que a literatura aponta como determinantes da capacidade estatal. Estas variáveis permitem distinguir se a escolha pelas OSs decorre de uma preferência política ou de imperativos estruturais e fiscais. São elas:

d) População (Faixa populacional e população absoluta):

Faixa populacional: usada de forma categórica, representa o porte do município, dividindo a população dos 645 municípios paulistas em diferentes faixas com base nos dados do Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Esta abordagem é essencial para modelos de regressão logística, permitindo capturar o efeito do porte municipal na probabilidade de adoção.

População absoluta: variável contínua utilizada como preditor em modelos de Regressão Linear Múltipla que investigaram a intensidade dos gastos com OSs. Os dados foram baseados no Censo Demográfico do IBGE. Utilizou-se a Estimativa Populacional de 2021 e os resultados definitivos do Censo 2022 como referência para os anos de 2022, 2023 e 2024

e) Produto Interno Bruto *per capita*:

Valor do PIB municipal dividido pela população em referência anual, colhido junto ao IBGE. Reflete a capacidade econômica e a riqueza geral do município. O PIB per capita municipal utilizado corresponde ao ano-base de 2021, divulgado pelo IBGE em dezembro de 2023. Optou-se por manter o indicador constante nas estimações referentes aos anos subsequentes (2022–2024), uma vez que a variável é empregada como *proxy* de capacidade econômica municipal. Considerando o período de construção e estimação dos modelos, tratava-se da informação consolidada mais recente disponível.

f) Capacidade Fiscal Própria:

Refere-se à arrecadação de impostos próprios do município. Esta variável dimensiona a capacidade fiscal endógena do município, refletindo sua independência de transferências externas. Controlar a capacidade fiscal presta-se a verificar se a contratação de OSs é um privilégio de municípios com maior arrecadação. Os dados foram obtidos através do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

g) Índice ASPS:

Representa o valor destinado pelos municípios às ações e serviços públicos com saúde. Controla a intensidade de gastos com saúde. Municípios com maior Índice ASPS tendem a ter um sistema de saúde com mais recursos, o que pode influenciar a decisão de adotar ou não modelos como as OSs. Os dados foram obtidos do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

Para o tratamento dos dados e a verificação das hipóteses levantadas, a pesquisa empregou uma abordagem de múltiplos estágios, utilizando técnicas de estatística inferencial processadas no ambiente computacional R. A escolha de diferentes modelos justifica-se pela natureza das variáveis dependentes e pela busca de robustez nos resultados.

Regressão Logística Binária e Método de Firth: Para investigar os determinantes da adoção de OSs (VD1), utilizou-se a Regressão Logística Binária, modelo apropriado para variáveis de resposta dicotômicas e que permite estimar a probabilidade de ocorrência do evento em função das variáveis independentes e de controle. Considerando a baixa frequência de municípios com OSs em determinados anos e estratos populacionais — condição associada a eventos raros e risco de separação quase completa — aplicou-se, adicionalmente, a Regressão Logística Penalizada pelo método de Firth, que reduz o viés de estimação em pequenas amostras e melhora a estabilidade dos coeficientes.

Regressão Linear Múltipla e Seleção de Variáveis (LASSO): para a análise da intensidade dos gastos (VD2), empregou-se a Regressão Linear Múltipla. Com o objetivo de apoiar a identificação de preditores relevantes entre as variáveis estruturais e fiscais, utilizou-se a técnica de regularização LASSO como procedimento de triagem de robustez de variáveis, que penaliza coeficientes menos informativos e pode reduzi-los a zero. Ressalta-se que o LASSO foi utilizado como ferramenta auxiliar de especificação do modelo, não sendo empregado para inferência estatística ou teste de hipóteses substantivas. As interpretações substantivas foram baseadas nos modelos de regressão linear estimados posteriormente. Foram também observados os pressupostos usuais do modelo linear, incluindo análise da distribuição dos resíduos e avaliação de possíveis problemas de heterocedasticidade e multicolinearidade.

Coefficiente de Correlação de Spearman: utilizada como análise complementar da associação entre variáveis estruturais e fiscais. Diferente da correlação de Pearson, o método de

Spearman é não-paramétrico e avalia a relação baseada em rankings. O uso do Spearman permitiu neutralizar o impacto de *outliers* de grande magnitude (metrópoles) bem como identificar padrões monotônicos que poderiam ser menos evidentes em análises lineares. Ressalta-se que esta etapa teve caráter descritivo e exploratório, não sendo utilizada para inferência causal.

5.4.3 Análise empírica: fatores determinantes para adoção e intensidade de uso de OSs em municípios de São Paulo no primeiro ano de mandato

Antes de adentrar nas hipóteses centrais dessa tese, é preciso oferecer suporte e contexto com análises descritivas e testes inferenciais que contribuem para evitar interpretações equivocadas sobre a influência da orientação partidária e funcionam como um diagnóstico preliminar do conjunto de dados. A distribuição de municípios conforme a presença ou a ausência de OSs no estado de São Paulo, opera-se da forma apresentada na Tabela 07:

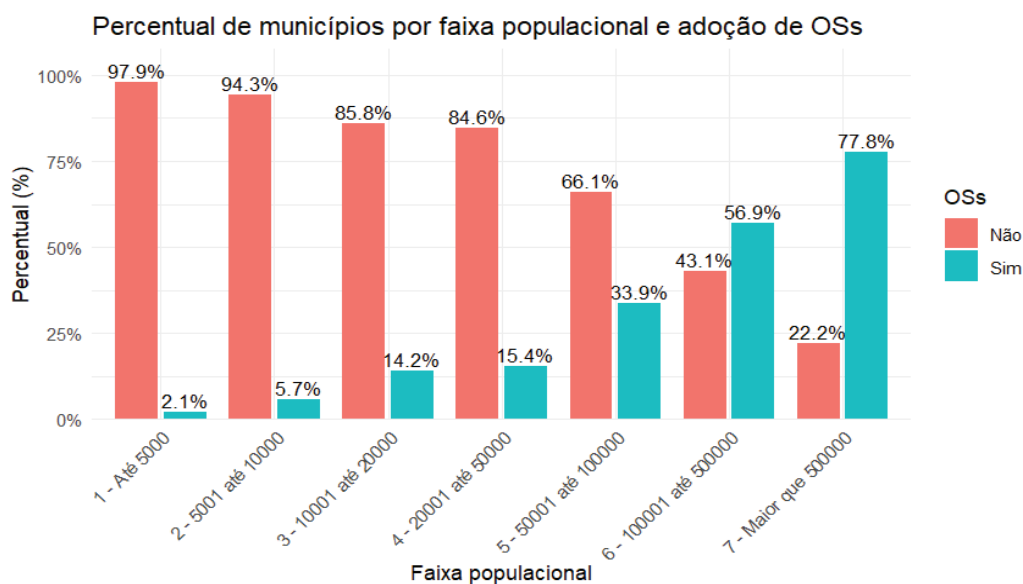
Tabela 07: Quantidade de OSs nos municípios paulistas (2021)

Possui OSs	Quantidade	Percentual (%)
Não	531	82.3
Sim	114	17.7

Fonte: dados da pesquisa

Considerando a população dos municípios, o gráfico 01 apresenta a distribuição de OSs segundo a faixa populacional. Para cada faixa, apresenta-se o percentual de municípios com OSs e o percentual de municípios sem OSs.

Gráfico 01: Distribuição de OSs nos municípios de São Paulo segundo a faixa populacional (2021)



Fonte: dados da pesquisa

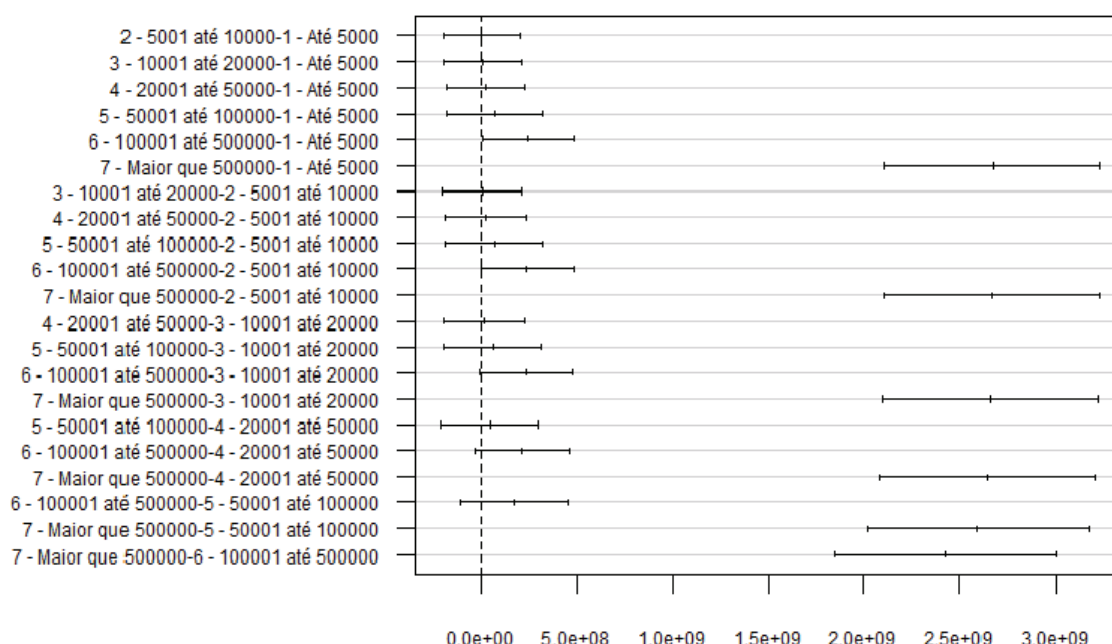
Da análise descritiva é possível observar que a presença de OSs tende a aumentar com o tamanho da faixa populacional. Pequenos municípios (população até 50 mil) raramente utilizam o modelo de OSs, com adoção variando entre 2.1% a 15.4%. A adoção, porém, se torna majoritária em grandes municípios: 56.9% dos municípios com população entre 100.000 a 500.000 habitantes possuem OSs, enquanto as megacidades (maior que 500.000 habitantes) apresentaram a porcentagem de adoção ainda mais expressiva, com 77.8% delas utilizando esse modelo de gestão.

Ao demonstrar que municípios com populações maiores tendem a usar mais o modelo de OSs, os resultados estabelecem o porte populacional como um fator de viabilidade e seleção para a escolha do modelo de gestão em saúde. Algumas razões prováveis para isso são a complexidade do setor de saúde em grandes centros, aliada a uma maior demanda pelos serviços.

A hipótese de que maiores municípios possuem maior demanda por saúde pública foi verificada pela análise de variância ANOVA que objetivou testar a existência de diferenças significativas nos valores absolutos das despesas totais em saúde entre as distintas faixas populacionais. Verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($F(6,638) = 35,71$; $p < 0,001$), indicando que o gasto total em saúde não é uniforme e varia conforme o grupo populacional dos municípios.

A fim de descobrir quais faixas populacionais se diferenciam foi usado um pós-teste de comparação múltipla – Tukey HSD - o qual revelou: municípios de até 100 mil habitantes apresentam uma relativa homogeneidade de gastos totais em saúde; municípios de 100 a 500 mil habitantes apresentam gastos significativamente superiores aos de até 5.000 habitantes ($p = 0,038$) e municípios com mais de 500 mil habitantes, nos quais presença de OSs é mais evidente, destacam-se apresentando gastos significativamente mais elevados em relação a todos os demais estratos ($p < 0,001$). O gráfico 02 demonstra os resultados:

Gráfico 02: Diferenças médias em gastos totais em saúde por faixa populacional (Tukey HSD)



Fonte: dados da pesquisa

A relação do gasto em saúde também foi medida frente à capacidade econômica do município (PIB *per capita*) por meio do teste de Correlação de Pearson. Não foi obtida uma relação significativa, tendo como resultado -0,004 e sugerindo ausência de correlação linear entre essas variáveis, ou seja, gastar mais ou menos em saúde não depende do PIB *per capita* do município. Por sua vez, também foi constatado que o tamanho populacional dos municípios não se associa à riqueza. O teste ANOVA resultou num p-valor de 0.124, indicando que municípios maiores não apresentam, em média, PIB per capita significativamente diferente daqueles menores.

O panorama dos municípios paulistas com relação à adoção de OSs para gestão da saúde pública municipal assim se apresenta: dos 645 municípios, 114 possuem OSs, dentre os quais 40 são governados por prefeitos de centro, 68 por prefeitos de direita e 6 por prefeitos de esquerda, conforme Tabela 08:

Tabela 08: Distribuição da presença de Organizações Sociais de Saúde (OSs) por orientação partidária dos prefeitos (2021)

Ideologia	Sem OSs	Com OSs	Total	% com OSs
Centro	197	40	237	16,9%
Direita	297	68	365	18,6%
Esquerda	37	6	43	14,0%
Total	531	114	645	17,7%

Fonte: dados da pesquisa

Para testar a primeira hipótese desta tese (HI), segundo a qual a orientação partidária é um fator preditivo significativo na adoção de OSs, indicando a existência de uma clivagem ideológica, foram aplicados inicialmente um teste qui-quadrado e, em seguida, uma regressão logística simples.

O teste qui-quadrado tem como objetivo verificar se a frequência de municípios que adotam ou não OSs difere de maneira significativa conforme a orientação política do prefeito (Direita, Centro ou Esquerda). O resultado obtido foi ($\chi^2(2) = 0.74$; $p = 0.69$) indicando que não há evidências significativas de associação entre orientação partidária e adoção de OSs. Dessa forma, ao menos de maneira isolada, a orientação partidária do prefeito não se mostrou fator determinante para a adoção de OSs.

Esse resultado foi corroborado pela regressão logística simples, que teve como variável dependente a presença de OSs em cada município do Estado de São Paulo, mensurada de forma dicotômica (1 = presença; 0 = ausência), e como variável independente a ideologia partidária do prefeito (Esquerda/Centro/Direita). Os resultados, apresentados na Tabela 09, indicaram que, em relação aos prefeitos de esquerda (categoria de referência), prefeitos de centro apresentaram 1.25 vezes mais chances de adotar OSs ($OR = 1.252$; $IC95\% = 0.495-3.165$; $p = 0.635$) e prefeitos de direita, 1.41 vezes mais chances ($OR = 1.412$; $IC95\% = 0.573-3.480$; $p = 0.454$). Apesar do aumento relativo nas chances, nenhum dos efeitos foi estatisticamente

significativo, uma vez que os intervalos de confiança incluem o valor 1 e os p-valores são superiores a 0.05.

Ressalta-se que o intercepto do modelo ($OR = 0.162$; $IC95\% = 0.068-0.384$; $p < 0.001$) indica que a probabilidade basal de adoção de OSs entre prefeitos de esquerda é baixa, resultado estatisticamente significativo. Contudo, esse valor não deve ser interpretado como evidência de efeito ideológico, pois representa apenas o nível médio do desfecho no grupo de referência, e não uma comparação entre as orientações partidárias.

Para investigar a probabilidade de adoção de Organizações Sociais de Saúde (OSs) em função da orientação partidária do prefeito e das variáveis de controle estruturais, estimou-se um modelo de regressão logística binária, cuja formulação geral é:

$$\log [P(Y_i = 1) / (1 - P(Y_i = 1))] = \beta_0 + \beta_1 \cdot Ideologia_i + \beta_2 \cdot Portei + \beta_3 \cdot CapFiscali + \beta_4 \cdot ASPSi + \varepsilon_i$$

Em que:

Y_i = variável dependente dicotômica: 1 = município i adota OSs; 0 = não adota

$P(Y_i = 1)$ = probabilidade de adoção de OSs no município i

$\log [P / (1-P)]$ = logaritmo natural da razão de chances (logit)

β_0 = intercepto do modelo

β_1 = coeficiente associado à orientação partidária do prefeito (proxy da ideologia)

β_2 = coeficiente associado ao porte populacional (log da população)

β_3 = coeficiente associado à capacidade fiscal própria (arrecadação de impostos locais per capita)

β_4 = coeficiente associado ao Índice ASPS (percentual da RCL destinado à saúde)

ε_i = termo de erro aleatório

i = município ($i = 1, \dots, 645$)

Os coeficientes β foram estimados pelo método da máxima verossimilhança. Os resultados são apresentados em termos de razão de chances ($Odds\ Ratio = e^{\beta}$), que expressam a variação multiplicativa na chance de adoção associada a uma unidade de incremento na variável preditora, mantidas as demais constantes. O nível de significância adotado foi $\alpha = 0,05$.

A tabela 09 demonstra os resultados da Regressão Logística Simples.

Tabela 09: Regressão logística simples para a adoção de OSs segundo a orientação partidária (2021)

Termo	OR	p-valor	IC95% inferior	IC95% superior
Intercepto (Esquerda)	0.162	0.000	0.068	0.384
Centro	1.252	0.635	0.495	3.165
Direita	1.412	0.454	0.573	3.480

Fonte: dados da pesquisa

É necessário, contudo, considerar uma limitação importante da pesquisa, qual seja, o número reduzido de municípios governados por prefeitos de esquerda, fato que pode afetar a robustez dos testes estatísticos, demandando uma interpretação mais cautelosa dos resultados.

Para lidar com o desequilíbrio amostral, uma estratégia metodológica foi adotada: a reclassificação da variável independente Ideologia com a união das classificações "Esquerda" e "Centro" em bloco único, agora chamado de "Não-Direita". A nova variável, portanto, se tornou dicotômica, contrastando o grupo "Não-Direita" (280 municípios) com a categoria "Direita" (365 municípios) compondo grupos com tamanhos mais equilibrados para aumentar a robustez dos testes estatísticos e a confiabilidade das inferências. A tabela 10 demonstra os resultados:

Tabela 10: Regressão logística para a presença de OSs segundo a ideologia reclassificada (Não-Direita vs Direita)

Termo	OR	p-valor	IC95% inferior	IC95% superior
Intercepto (Não-Direita)	0.197	<0.001	0.143	0.270
Direita	1.160	0.468	0.772	1.758

Fonte: dados da pesquisa

Diante do desequilíbrio amostral observado, a decisão de agrupar as categorias "Esquerda" e "Centro" na análise foi uma estratégia para mitigar o desbalanceamento de casos. O resultado da Regressão logística reclassificada demonstrou que o intercepto (não Direita) exibe uma probabilidade significativamente baixa de adoção de OSs (OR = 0,197; $p < 0,001$). No entanto a ideologia não se confirmou como preditivo causal de adoção de OSs, pois o

coeficiente da variável Direita não se mostrou significativamente estatístico ($p=0,468$; IC95% 0,772 - 1,758).

Apesar dessas respostas iniciais, a pesquisa será aprofundada com análises de regressão logística multivariadas (Firth e LASSO). Tais modelos, mais robustos, são capazes de lidar com a escassez de dados em categorias específicas, razão pela qual a classificação da Ideologia será novamente analisada nos seus três grupos “Esquerda”, “Centro” e “Direita”.

Em situações de separação quase-perfeita ou desequilíbrio amostral acentuado, como as observadas em determinadas categorias da variável ideológica em municípios de pequeno porte, a estimação por máxima verossimilhança convencional produz coeficientes inflados e erros padrão instáveis. Para corrigir esse problema, adotou-se a regressão logística penalizada proposta por Firth (1993), que modifica a função de verossimilhança pela adição de um termo de penalização baseado na informação de Fisher:

$$L^*(\beta) = L(\beta) + \frac{1}{2} \cdot \log | I(\beta) |$$

Em que:

$L^*(\beta)$ = função de verossimilhança penalizada

$L(\beta)$ = função de log-verossimilhança convencional

$| I(\beta) |$ = determinante da matriz de informação de Fisher observada

$\frac{1}{2} \cdot \log | I(\beta) |$ = termo de penalização de Jeffreys, que introduz um viés de redução (bias reduction) nos estimadores

β = vetor de coeficientes a estimar

Primeiramente, a regressão logística penalizada (Firth) focou na variável que, nas análises exploratórias, se mostrou relevante: o porte populacional. O modelo se confirmou estatisticamente significativo como um todo (teste de razão de verossimilhança: $\chi^2=130,96$; 8 graus de liberdade; $p<0,001$), indicando que ao menos uma das variáveis contribui para explicar a presença de OSs. A análise dos coeficientes individuais revelou que a ideologia do prefeito não apresentou um efeito estatisticamente significativo sobre a adoção de OSs (Direita: $p=0.66$; Esquerda: $p=0.60$), enquanto a faixa populacional se mostrou como um forte preditor, indicando que municípios maiores tendem a adotar esse modelo de gestão.

O porte populacional foi o principal preditor da adoção de OSs, com efeito crescente e consistente conforme o tamanho do município. Tomando como referência municípios de até 5.000 habitantes, os resultados mostram que municípios de:

- 5.001 a 10.000 hab. não apresentaram diferença significativa (OR = 2.497; p = 0.164)
- 10.001–20.000 hab.: 6,4x mais chances de adoção;
- 20.001–50.000 hab.: 7x mais chances de adoção;
- 50.001–100.000 hab.: 20x mais chances de adoção;
- 100.001–500.000 hab.: 51x mais chances de adoção;
- Acima de 500.000 hab.: 110x mais chances de adoção;

Após a análise inicial com Firth, utilizou-se LASSO para identificar quais variáveis de controle apresentavam relevância estatística na presença de múltiplos preditores, permitindo a seleção de um modelo mais informativo. Foram consideradas o Índice das Ações e Serviços Públicos em Saúde (ASPS), que representa a porcentagem da Receita Corrente Líquida destinada à saúde, a riqueza do município (PIB per capita), além da faixa populacional.

Portanto, para identificar as variáveis preditoras com maior contribuição explicativa e reduzir o risco de sobreajuste (*overfitting*) em modelos com múltiplos preditores, estimou-se uma regressão logística com regularização LASSO (*Least Absolute Shrinkage and Selection Operator*). O método LASSO adiciona à função de custo uma penalização proporcional à soma dos valores absolutos dos coeficientes:

$$\text{minimizar: } -L(\beta) + \lambda \cdot \sum |\beta_j|$$

Em que:

$-L(\beta)$ = negativo da log-verossimilhança logística (função de perda a minimizar)

λ = parâmetro de regularização (hiperparâmetro): controla a intensidade da penalização

$\sum |\beta_j|$ = soma dos valores absolutos de todos os coeficientes β_j (norma L1)

j = índice das variáveis preditoras incluídas no modelo

Os resultados podem ser vistos na tabela 11:

Tabela 11: Resultados da regressão logística penalizada (LASSO) para predição da adoção de OSs (2021)

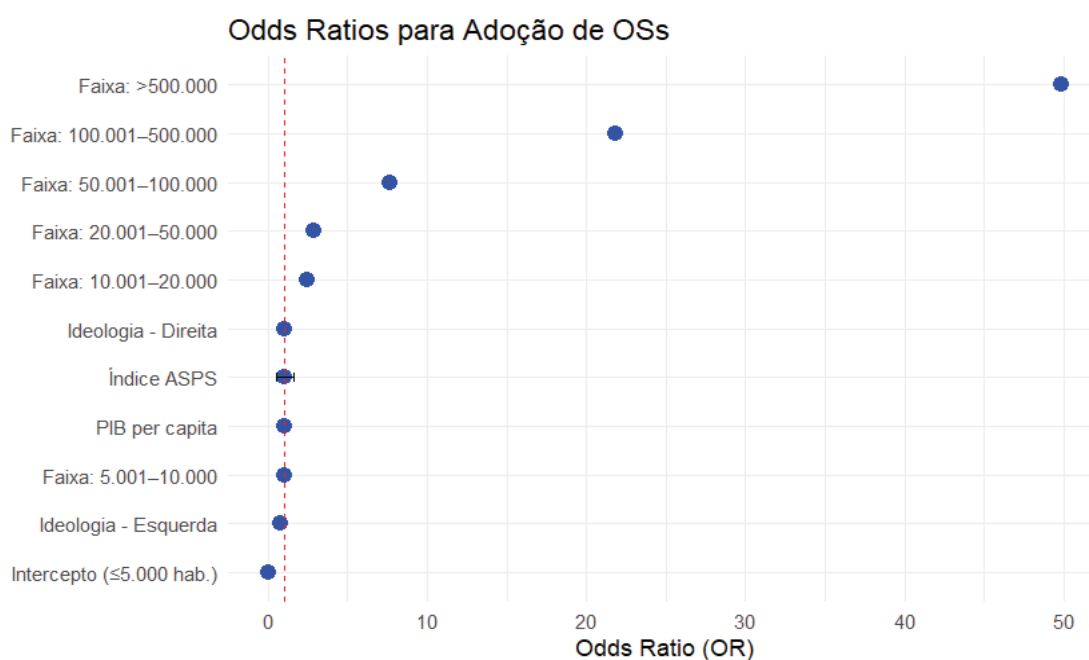
Variável	Coefficiente	Odds Ratio	Interpretação
Intercepto (até 5000 hab., índice=0)	-4.058	0.02	Probabilidade inicial muito baixa de OSs em municípios pequenos com ASPS = 0
Índice ASPS (contínuo)	0.042	1.04	Cada ponto no índice aumenta a chance de OS em ~4%
PIB per capita (2021)	0.000	1.00	Não teve efeito - LASSO eliminou o impacto (≤ 5000)
Faixa populacional: 5001–10000	0.000	1.00	Sem efeito relevante em relação à categoria de referência
Faixa populacional: 10001–20000	0.901	2.46	Municípios de 10–20 mil habitantes têm 2,5x mais chance de OS do que ≤ 5000
Faixa populacional: 20001–50000	1.045	2.84	Municípios de 20–50 mil habitantes têm 2,8x mais chance de OS do que ≤ 5000
Faixa populacional: 50001–100000	2.034	7.65	Municípios de 50–100 mil habitantes têm 7,7x mais chance de OS do que ≤ 5000
Faixa populacional: 100001–500000	3.085	21.86	Municípios de 100–500 mil habitantes têm 21,9x mais chance de OS do que ≤ 5000
Faixa populacional: >500000	3.909	49.83	Municípios com mais de 500 mil habitantes têm 49,8x mais chance de OS do que ≤ 5000
Ideologia – Direita	0.053	1.05	Efeito mínimo, praticamente nulo
Ideologia – Esquerda	-0.253	0.78	Leve redução (~22% menor chance), mas efeito fraco não estatisticamente robusto

Fonte: dados da pesquisa

Os resultados mostraram que a faixa populacional representa o principal determinante da presença de OSs, com municípios maiores apresentando maior probabilidade de adotar esse modelo. O índice ASPS apresentou efeito positivo leve, indicando que para cada ponto de aumento no índice ASPS a chance de um município ter uma Organização Social de Saúde aumenta em 4%. Variáveis como ideologia do prefeito e PIB *per capita* não demonstraram relevância estatística no modelo, indicando que a difusão desse arranjo institucional não responde de forma significativa a clivagens ideológicas, mas sim a condicionantes estruturais e capacidades administrativas locais.

Demonstra-se graficamente:

Gráfico 03: Fatores preditivos da adoção de OSs (Odds Ratio), 2021



Fonte: dados da pesquisa

O modelo de regressão penalizada confirmou que o tamanho do município é o fator mais importante para a presença de OSs. Mesmo controlando por outros fatores – riqueza e gastos com saúde –, municípios com mais de 500.000 habitantes têm, aproximadamente, 50 vezes mais chances de possuir uma OSs. Infere-se que nem a riqueza do município nem a orientação partidária do prefeito são preditores relevantes sob penalização do LASSO.

Os achados refutam a Hipótese I e reforçam a Hipótese II, segundo a qual a adoção de OSs não é explicada por um alinhamento ideológico puro, mas sim por uma combinação de fatores estruturais e pragmáticos, sendo o porte populacional o determinante principal. Tal fato indica que a decisão de adotar OSs tende a responder mais a demandas de gestão e à capacidade administrativa do que à orientação partidária.

Para investigar a possibilidade de efeitos condicionais da orientação partidária — isto é, se o efeito da ideologia sobre a adoção de OSs varia conforme o porte do município —, estimou-se um modelo de regressão logística com termo de interação entre a variável ideológica e a faixa populacional, da forma que se apresenta a seguir:

$$\log [P(Y_i=1) / (1-P(Y_i=1))] = \beta_0 + \beta_1 \cdot Ideologia_i + \beta_2 \cdot Porte_i + \beta_3 \cdot (Ideologia_i \times Porte_i) + \beta_4 \cdot CapFiscali + \beta_5 \cdot ASPSi + \varepsilon_i$$

Em que:

$\beta_3 \cdot (Ideologia \times Porte)$ = termo de interação: captura a variação do efeito da ideologia em função da faixa populacional

β_1 = efeito principal da ideologia (quando $Porte = 0$, i.e., categoria de referência)

β_2 = efeito principal do porte (quando $Ideologia =$ categoria de referência)

β_3 = modificação do efeito da ideologia para cada nível de porte (e vice-versa)

A presença de efeito de interação estatisticamente significativo indicaria que o impacto da orientação partidária sobre a adoção de OSs não é uniforme entre municípios de diferentes portes — ou seja, que a ideologia opera de forma condicionada pelo contexto estrutural. A ausência de significância robusta do termo de interação, por sua vez, reforça a interpretação de que os fatores estruturais predominam independentemente da coloração político-partidária do gestor.

Portanto, para compreender se a ideologia exerce influência em contextos específicos, ou seja, se seu impacto é condicionado por fatores estruturais, foi realizado um modelo de regressão logística multivariada com termo de interação. O modelo testou se o efeito da Ideologia do Prefeito (variável independente) sobre a adoção de OSs (variável dependente) é moderado pela faixa populacional, a fim de buscar contextos específicos. A tabela 12 expõe os coeficientes de regressão logística para cada combinação de ideologia x faixa populacional:

Tabela 12: Interação entre faixa populacional e ideologia partidária na adoção de OSs (2021)

Faixa Populacional	Ideologia Direita (Coef.)	Ideologia Esquerda (Coef.)	Interpretação
5.001 – 10.000 hab.	-0.675	-1.340	Tendência de menor adoção em ambas as ideologias neste porte.
10.001 – 20.000 hab.	+0.925	+15.404	Coeficientes positivos, mas o valor da esquerda é instável (erro padrão elevado).
20.001 – 50.000 hab.	+0.398	+14.790	Direita e Esquerda mostram tendência positiva, mas sem significância ($p > 0.05$).
50.001 – 100.000 hab.	+1.985	-2.174	POLARIZAÇÃO: Forte propensão positiva da Direita nesta faixa específica.
100.001 – 500.000 hab.	+1.949	+14.003	A Direita mantém efeito positivo relevante; Esquerda apresenta dados instáveis.
> 500.000 hab.	Sem significância	Sem significância	O modelo satura nesta faixa devido à alta taxa de adoção geral.

Fonte: dados da pesquisa

Os resultados indicam que a ideologia partidária não exerce um efeito uniforme sobre a adoção de OSs, mas apresenta variações condicionadas ao porte populacional. Em municípios de pequeno porte, a baixa adoção em ambos os espectros ideológicos sugere a predominância de restrições estruturais.

Em municípios intermediários, de 50.001 a 100.000 habitantes, observa-se um padrão sugestivo de diferenciação ideológica, com sinais opostos entre Direita e Esquerda, ainda que sem significância estatística, o que impede inferências causais robustas: a direita apresentou mais chances de adoção de OSs, ao passo que a Esquerda menos chances de adoção de OSs. Em municípios grandes (100.001 a 500.000 habitantes), a Direita mantém sua influência favorável ao modelo (+1.949), enquanto a Esquerda apresentou erros padrão acentuados (singularidades) indicando uma instabilidade estatística.

Já em municípios de grande porte, o efeito da ideologia volta a se dissipar, indicando que fatores estruturais e exigências de gestão em larga escala tendem a se sobrepor às preferências político-partidárias. Em conjunto, os achados reforçam a hipótese de que a adoção de OSs é predominantemente explicada por condicionantes estruturais, sendo a ideologia um fator contingente e de baixa robustez empírica. A instabilidade observada em diversos

coeficientes de interação sugere que, em determinados estratos, a adoção de OSs apresenta padrão quase determinístico. Isso indica que fatores estruturais, como o porte populacional, podem impor restrições tão fortes que reduzem drasticamente o espaço para variação ideológica.

Observa-se, portanto, que o efeito da ideologia é condicionado pelo porte do município⁴¹. Nos municípios muito pequenos, em que houve redução da presença de OSs em ambos espectros ideológicos, a não adoção de OSs pode ser determinada por fatores fiscais e estruturais, como nível de arrecadação, disponibilidade orçamentária e quantidade de profissionais, elementos que limitam a viabilidade de uma gestão de saúde terceirizada.

Em municípios médios a polarização surge. Nesses municípios, além de maior arrecadação, orçamento e complexidade, pode haver espaço para coalizões, permitindo que os valores ideológicos se manifestem nas decisões concretas. Contudo, em municípios muito grandes, ou megacidades, a ideologia novamente perde efeito e o porte populacional se sobrepõe. Cidades desse porte podem enfrentar demandas tão complexas e volumosas que a adoção ou não de OSs se torna, predominantemente, uma decisão técnica. Além disso, fatores como pressões de corporações médicas, mercado de trabalho, histórico de redes já estabelecidas e custos de transição podem pesar mais que a pura ideologia do prefeito.

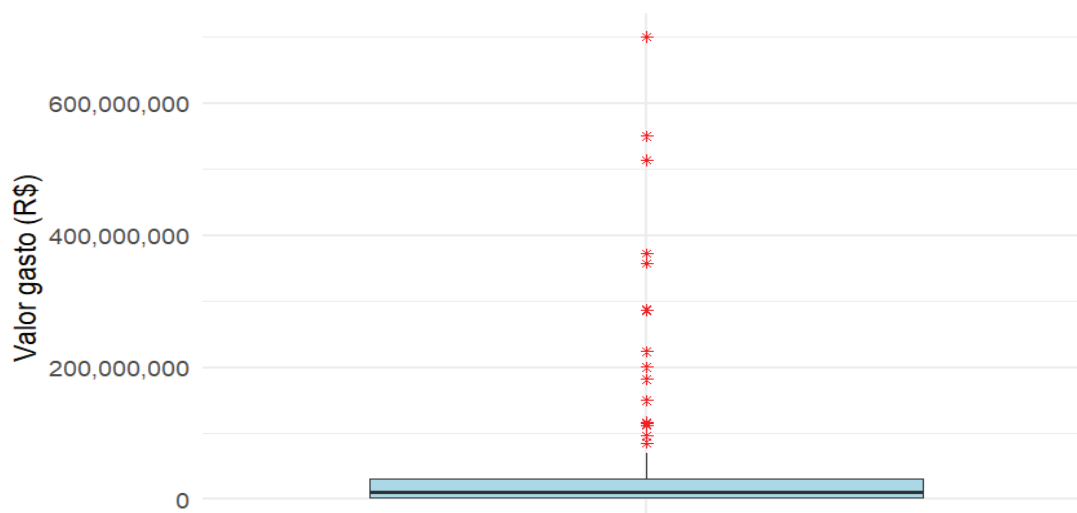
Em suma, apesar de restar comprovado que a adoção de OSs não é explicada por um alinhamento ideológico puro (HI), mas sim por uma combinação de fatores estruturais e pragmáticos, como o porte populacional (HII), e, em menor escala, o índice ASPS, os resultados do modelo de Regressão Logística com análise Interação indicaram uma tendência descritiva de polarização na faixa de 50.001 a 100.000 habitantes, com coeficientes em direções opostas para Direita (+) e Esquerda (–), embora nenhum desses termos de interação tenha atingido significância estatística convencional ($p > 0,05$). Trata-se, portanto, de padrão sugestivo que demanda cautela interpretativa.

Para adentrar no teste da hipótese III, estabeleceu-se uma análise exploratória de gastos com OSs representada pelo Gráfico 04, o qual revela uma distribuição altamente heterogênea

⁴¹ É fundamental registrar, contudo, uma ressalva metodológica: embora os coeficientes apontem para uma clara polarização ideológica (especialmente na faixa de 50.001 a 100.000 habitantes, onde a Direita apresenta sinais positivos e a Esquerda sinais negativos), esses termos de interação não atingiram os níveis convencionais de significância estatística ($p < 0,05$). Essa ausência de significância formal não invalida o achado, mas indica uma limitação amostral: a distribuição assimétrica das prefeituras no Estado de São Paulo — com uma predominância de partidos de Centro e Direita — eleva o erro padrão nas células correspondentes à Esquerda, dificultando a rejeição da hipótese nula pelo modelo matemático. Portanto, os resultados aqui apresentados devem ser interpretados como uma tendência político-administrativa observada e não como uma lei estatística universal.

no grupo de municípios que utiliza o modelo, com alguns deles despendendo cifras milionárias para as OSs.

Gráfico 04: Boxplot dos gastos municipais com OSs (2021)



Fonte: dados da pesquisa

Quanto aos maiores volumes de gastos, a Tabela 13 apresenta os dez municípios que se destacaram. Os maiores valores se concentram nos maiores municípios de São Paulo como a própria capital, Guarulhos e Santo André. Tal achado reforça a tese de que o modelo de gestão por OSs aparece como resposta à complexidade e à alta demanda de grandes centros urbanos. Portanto, o montante bruto torna-se altamente sensível à escala populacional, o que pode mascarar o efeito de outras variáveis, como a ideologia.

Tabela 13: Ranking dos 10 municípios que mais gastaram com OSs em 2021

Município	Gasto com OSs (R\$)	População (2021)	PIB per capita(2021)	Ideologia
São Paulo	700.757.027	12.396.372	26.201	Direita
Santo André	550.343.303	723.889	11.759	Direita
Barueri	513.796.060	279.704	207.461	Direita
Guarulhos	372.189.455	1.404.694	32.292	Centro
São Caetano do Sul	357.818.532	162.763	11.942	Direita
Santos	287.184.794	433.991	16.609	Direita
São José dos Campos	286.115.500	737.310	8.110	Direita
Osasco	223.893.657	701.428	125.166	Centro
Mauá	200.294.207	481.725	26.037	Esquerda
Praia Grande	181.774.398	336.454	30.560	Direita

Fonte: dados da pesquisa

Embora a observação descritiva sugira uma tendência de prefeitos de Direita entre os maiores gastadores, essa correlação simples é insuficiente. Para testar se a ideologia, de fato, influencia na intensidade do uso do modelo de OSs, conforme propõe a hipótese III, procedeu-se à análise estatística utilizando-se a variável dependente contínua que representa o valor total de gastos com OSs em 2021.

A primeira etapa consistiu na estimativa de um modelo de regressão linear simples, com o objetivo de verificar a influência da ideologia partidária sobre o gasto municipal com OSs. Adotou-se o Centro como categoria de referência. As demais categorias foram Direita e Esquerda. Os resultados indicam que o valor médio gasto pelos municípios de referência (Centro) é de aproximadamente R\$ 34.197.499, enquanto os municípios de Direita apresentam um acréscimo médio de R\$ 24.708.112 e os municípios de Esquerda um acréscimo de R\$ 14.125.527 em relação à categoria de referência. No entanto, nenhum dos coeficientes apresentou significância estatística ($p > 0,05$), sugerindo que essas diferenças podem ter ocorrido ao acaso.

Na segunda etapa, a regressão linear múltipla testou se a ideologia influencia o volume de recursos destinados às OSs controlando outras variáveis relevantes como a população (visto que municípios maiores tendem a gastar mais por atender mais pessoas) e a receita própria de impostos do município (pois a disponibilidade de dinheiro levaria a maior capacidade de gastar). Os resultados mostram que, mesmo após controlar essas variáveis, a ideologia do prefeito não apresenta efeito estatisticamente significativo sobre os gastos com OSs ($p > 0,7$).

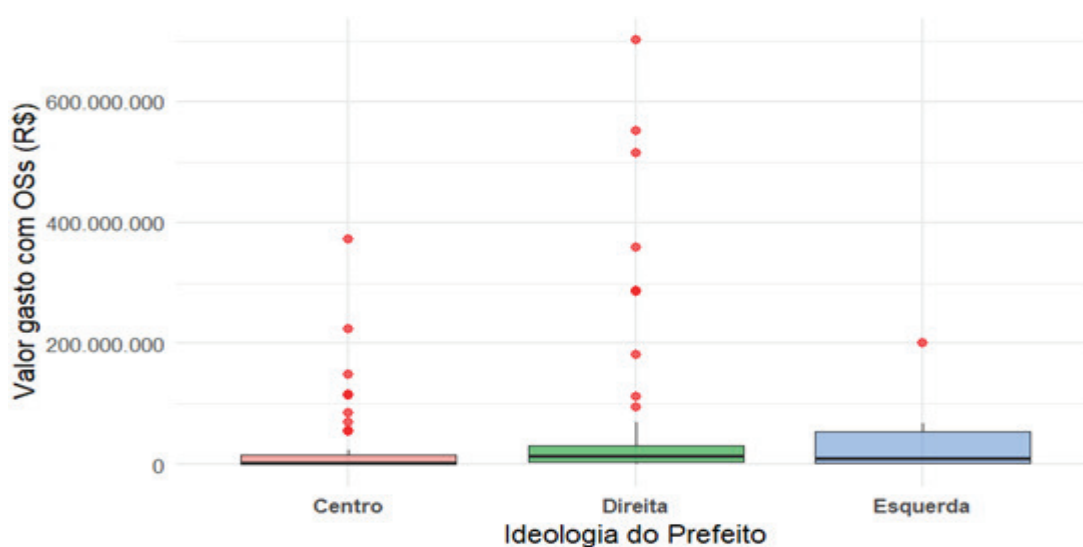
Em contraste, tanto a população quanto a arrecadação municipal mostraram-se altamente significativas ($p < 0,001$).

Portanto, os efeitos altamente significativos evidenciam que o tamanho do município e a capacidade financeira própria são os principais fatores estruturais que explicam a intensidade de uso do modelo de OSs, ao contrário da ideologia do prefeito que não apresentou efeito significativo, o que refuta a Hipótese III.

Para aprofundar a compreensão sobre a adoção e a intensidade de uso do modelo de Organizações Sociais de Saúde (OSs), foram realizadas análises descritivas e exploratórias específicas para o ano de 2021. A análise inicial por meio de regressão logística univariada indicou que municípios mais dependentes de repasses federais e estaduais apresentam menor probabilidade de adotar OSs (Odds Ratio = 0,926; IC 95%: 0,910–0,942), enquanto uma maior arrecadação própria de impostos aumenta significativamente a chance de adoção (Odds Ratio = 1,126; IC 95%: 1,097–1,157). Esses resultados evidenciam que a autonomia financeira do município — medida pela menor dependência de repasses e pela maior arrecadação própria — é um determinante relevante para a adoção do modelo de OSs, reforçando o papel de fatores estruturais e fiscais sobre fatores ideológicos.

A análise descritiva dos gastos com OSs revelou que municípios com prefeitos de Direita apresentaram a maior média de gastos (R\$ 58,9 milhões), seguidos pelos de Esquerda (R\$ 48,3 milhões) e Centro (R\$ 34,2 milhões). No entanto, a mediana em todos os grupos é muito menor que a média (Direita: R\$ 13,5 milhões; Esquerda: R\$ 9,8 milhões; Centro: R\$ 3,3 milhões), o que indica a presença de *outliers* que elevam a média. O alto desvio padrão, especialmente no grupo Direita (R\$ 133,9 milhões), mostra a grande variabilidade interna, reforçando que a ideologia não apresenta relação sistemática com o volume de recursos. O Gráfico 05 permite visualizar essas diferenças médias e a ampla dispersão:

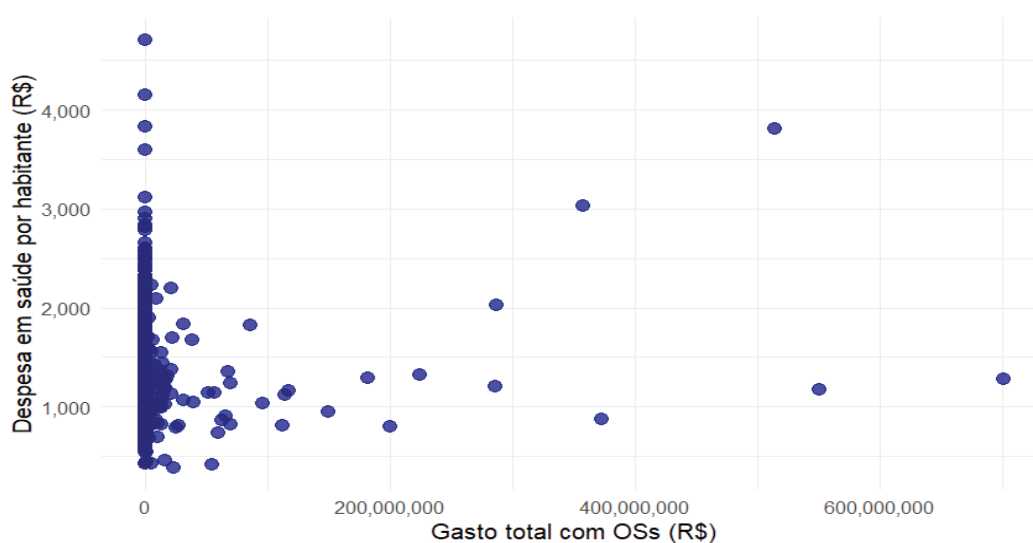
Gráfico 05: Gastos com OSs por Ideologia (2021)



Fonte: dados da pesquisa

Complementarmente, ao relacionar os gastos com OSs e a despesa em saúde por habitante, o Gráfico 06 evidencia que os municípios que mais investem em OSs não são necessariamente aqueles que apresentam maior despesa *per capita*. A correlação de Spearman foi fraca ($r = 0.204$; $p = 0.029$), indicando que, embora estatisticamente significativa, a relação entre gastos com OSs e despesa *per capita* em saúde é tênue, o que leva a informação de que volume investido em OSs não determina o nível geral de gasto em saúde por habitante

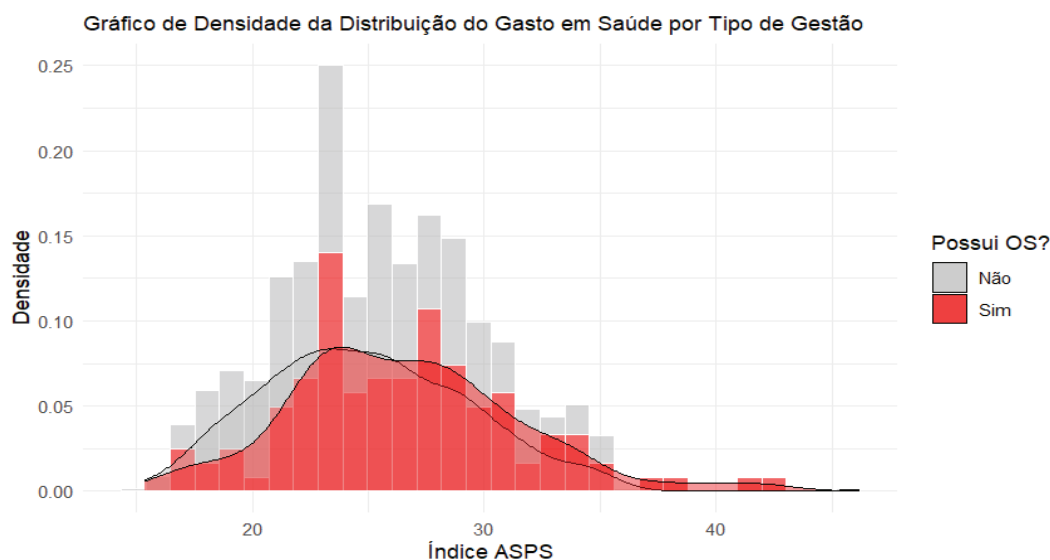
Gráfico 06: Dispersão da relação de gastos e despesa de saúde por habitante (2021)



Fonte: dados da pesquisa

Ao aprofundar no esforço fiscal do município frente às Ações e Serviços Públicos de Saúde, o gráfico 07 apresenta a distribuição do Índice ASPS conforme o tipo de gestão adotado: com ou sem OSs:

Gráfico 07: Gráfico de Distribuição do Índice ASPS por Tipo de Gestão (2021)



Fonte: dados da pesquisa

Ao se observar a curva de densidade percebe-se que para municípios que não possuem OSs a distribuição é mais concentrada entre 20 e 25%, ao passo que para os que possuem, a distribuição é mais espalhada (maior variabilidade no índice) e bimodal com um pico principal em torno de 23% e um pico secundário próximo a 29%. Os resultados mostram que há grupos distintos de municípios com OSs: alguns mantêm níveis moderados de aplicação e outros destinam proporções significativamente maiores de recursos próprios à saúde. Com relação aos municípios sem OSs as evidências mostram que municípios desse grupo, embora com índices ligeiramente inferiores, mantêm uma aplicação mais estável, sem grandes variações entre os casos observados.

Para explorar diferenças médias, foi aplicado o teste t de Welch, comparando municípios com e sem OSs em variáveis de alocação de recursos, incluindo comprometimento com pessoal, gastos com medicamentos, investimento em estrutura e despesa per capita. Os resultados estão descritos na tabela 14:

Tabela 14: Tabela de comparação de médias pelo teste t de Welch (2021)

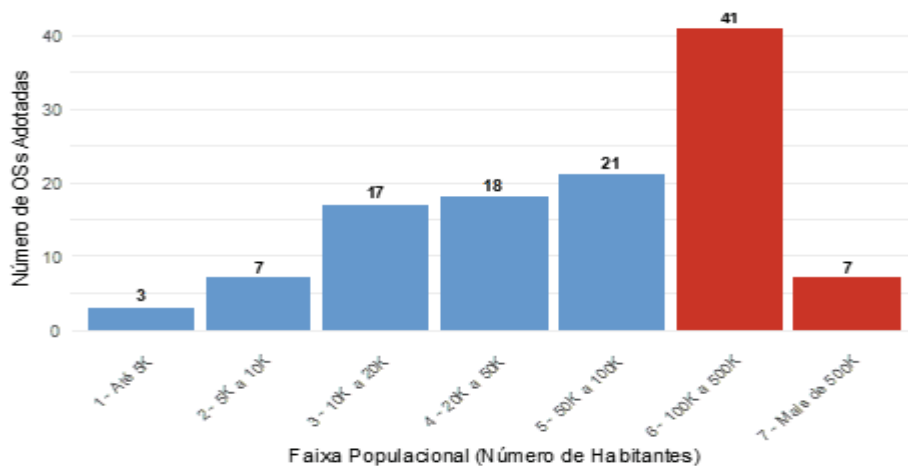
Descrição	Média sem OSs	Média com OSs	Diferença Bruta	p-valor
Comprometimento com Pessoal (%)	41,30	38,29	-2,99 p.p.	0,016
Gastos com medicamentos (%)	6,46	5,98	-0,48 p.p.	0,3
Investimento em Estrutura (%)	2,94	2,63	-0,31 p.p.	0,32
Despesa de Saúde por Habitante (R\$)	1323,94	1159,40	-164,90R\$	0,001

Fonte: dados da pesquisa

A diferença estatisticamente significativa entre os grupos ocorreu apenas no percentual de gastos com pessoal e encargos, que é menor nos municípios com OSs (38,29%) em comparação àqueles sem OSs (41,30%). Com relação à despesa de saúde por habitante municípios com OSs gastam, em média, R\$ 164,90 por habitante a menos do que aqueles sem OSs, sendo esta diferença estatisticamente significativa.

Contudo, as análises bivariadas são vulneráveis a vieses estruturais. O porte populacional, em especial, representa uma fonte relevante de discrepância, dado que 42,1% das OSs estão concentradas nos municípios das duas maiores faixas populacionais. Essa assimetria sugere que parte das diferenças observadas pode ser atribuída à escala e não à presença das OSs em si. A ANOVA e o teste de Tukey HSD confirmam que as grandes cidades apresentam gastos desproporcionais. O gráfico 08 ilustra a concentração mencionada:

Gráfico 08: Quantidade de OSs nos municípios de São Paulo segundo faixa populacional (2021)



Fonte: dados da pesquisa

Portanto, a diferença estatisticamente significativa observada quanto ao gasto com pessoal e quanto à despesa por habitante é insuficiente para atribuir a causalidade à presença de OSs, pois o teste omite o porte populacional. Para isolar o efeito líquido das OSs, procedeu-se à Regressão Linear Múltipla, controlando a influência da população.

Para isolar o efeito líquido das OSs, procedeu-se à Regressão Linear Múltipla, controlando a influência da população. No modelo que tem como variável dependente a despesa de saúde por habitante, o coeficiente do logaritmo da população foi altamente significativo (coef. = -164,861; $p < 0,001$), confirmando que a diluição de custos em municípios maiores é a principal causa da menor despesa per capita. Após esse controle, a presença de OSs mostrou efeito positivo e significativo (coef. = 127,772; $p = 0,021$), indicando que municípios com OSs tendem a gastar mais por habitante do que municípios de porte similar sem OSs.

No modelo que tem como variável dependente o comprometimento com pessoal, o logaritmo da população também se mostrou altamente significativo (coef. = -1,365; $p < 0,001$), ao passo que a presença de OSs não apresentou efeito significativo (coef. = -0,590; $p = 0,661$), indicando que a redução observada no teste t não era estatisticamente confiável.

Dessa forma, a Regressão Múltipla invalidou parcialmente a correlação bruta verificada no teste t de Welch: o efeito sobre o gasto com pessoal desaparece ao controlar o porte, enquanto o efeito sobre a despesa per capita se inverte — municípios com OSs, de porte equivalente, gastam mais por habitante. A ineficácia da ideologia como fator explicativo para a adoção e para a intensidade de gastos solidifica o papel da estrutura.

Em suma, a análise integrada das diferentes etapas do estudo evidencia que a adoção e a intensidade de uso das OSs em 2021 foram fortemente condicionadas por fatores estruturais e de escala populacional. Apenas em contextos específicos, como municípios com população entre 50.001 e 100.000 habitantes, observou-se uma polarização ideológica na adoção de OSs, conforme identificado na análise de interação entre ideologia e faixa populacional, fato que, contudo, não anulou a influência estrutural. A síntese dessas evidências empíricas está apresentada na Tabela 15:

Tabela 15: Resumo dos Resultados Empíricos (2021)

Hipótese Testada	Variável Dependente	Método Estatístico Principal	Conclusão sobre a Orientação Partidária	Fator Dominante
HI: Orientação Partidária é um preditor significativo da adoção de OSs	Presença/Ausência de OSs	Regressão Logística Simples e Penalizada (Firth)	Refutada. As diferenças nas chances de adoção entre Esquerda, Centro e Direita não são estatisticamente significativas em nenhum dos modelos testados	Porte populacional e capacidade fiscal
HII: Adoção de OSs é explicada por fatores estruturais/pragmáticos	Presença/Ausência de OSs	Regressão Logística Multivariada (LASSO) e Modelo de Interação	Verificada. A ideologia é irrelevante (LASSO penalizou). Observou-se polarização ideológica apenas em municípios de 50.001 a 100.000 habitantes, sem anular a predominância estrutural.	Porte Populacional (aproximadamente 50x mais chances de adoção em Megacidades)
IIII: Orientação Partidária é um fator significativo na intensidade de uso (Volume de recursos repassados)	Gastos totais com OSs	Regressão Linear Múltipla	Refutada. As diferenças de gastos entre Esquerda, Centro e Direita não são estatisticamente significativas após o controle dos fatores estruturais e fiscais.	Capacidade Fiscal e População

Fonte: dados da pesquisa

5.4.4 Adoção e intensidade de uso de OSs (2021–2024): consistência dos fatores estruturais e não significância da ideologia

Embora o primeiro ano de mandato concentre a definição das prioridades administrativas, a análise da adoção de OSs nos municípios paulistas exige uma perspectiva temporal mais ampla, já que decisões de gestão podem evoluir ao longo do mandato. A presente seção estende a análise das hipóteses centrais dessa Tese para o período subsequente (2022, 2023 e 2024), consolidando os achados sobre a influência da ideologia e dos fatores estruturais na adoção do modelo.

A primeira observação relevante é a tendência de queda na adoção de OSs. A presença de OSs, que já era minoritária em 2021, com 17.7% dos 645 municípios paulistas utilizando o modelo, demonstrou uma queda progressiva e contínua ao longo do mandato, reduzindo para 15.3% em 2022, 13.2% em 2023, e atingindo seu ponto mais baixo em 2024, com apenas 9.6% dos municípios mantendo essa gestão terceirizada. A tabela 16 e o gráfico 09 demonstram:

Tabela 16: Quantidade de OSs nos municípios paulistas (2021-2024)

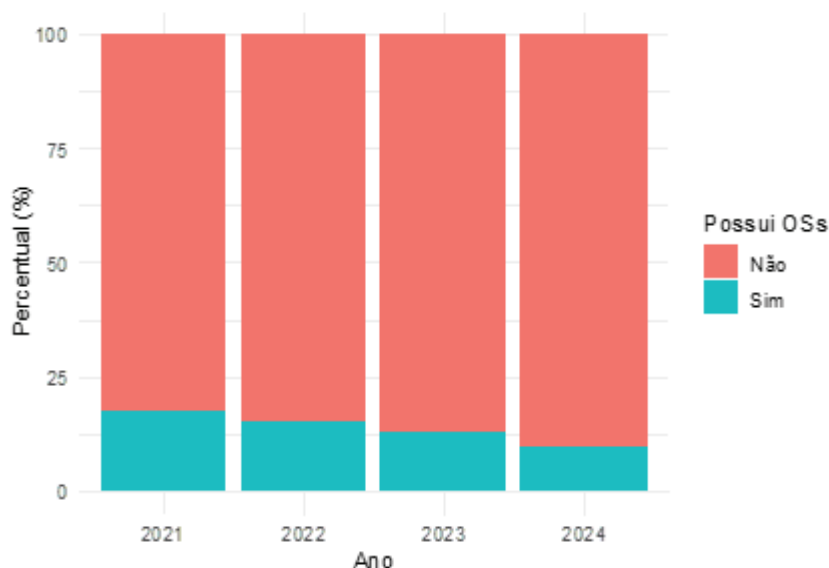
Ano	OSs	Quantidade	Percentual (%)
2021	Não	531	82.3
2021	Sim	114	17.7
2022	Não	546	84.7
2022	Sim	99	15.3
2023	Não	560	86.8
2023	Sim	85	13.2
2024	Não	583	90.4
2024	Sim	62	9.6

Fonte: dados da pesquisa

A queda progressiva na adoção de OSs ao longo do mandato 2021–2024 constitui um achado relevante que merece atenção interpretativa. A redução de 17.7% para 9.6% mostra que a adoção do modelo se sujeitou a revisões ao longo da gestão. Entre os fatores que podem contribuir para esse movimento, destaca-se o contexto da pandemia da Covid-19, que atingiu

seu ápice em 2021 caindo progressivamente nos anos posteriores. O momento pandêmico desenhou um contexto emergencial, em que municípios expandiram seus arranjos de gestão em saúde, os quais tenderam a ser desmobilizados com a normalização do sistema. Paralelamente a isso, a própria dinâmica do ciclo de mandato, redefiniu as prioridades administrativas, inclusive diante das restrições fiscais e cortes de repasses específicos para a pandemia⁴². O Gráfico 09 retrata a evolução da presença das OSs ao longo do mandato:

Gráfico 09: Evolução da adoção de OSs municípios paulistas (2021-2024)



Fonte: dados da pesquisa

No que concerne à orientação partidária, a análise descritiva revelou um cenário de variações relevantes. Em 2021, a Direita tinha maior percentual de adoção de OSs (18.6%), seguida do Centro (16.9%) e depois da Esquerda (14%). Em 2022, houve redução geral do percentual, especialmente sentida no grupo da Esquerda (7%). Em 2023, a Esquerda aumentou o percentual de adoção (16.3%), superando Centro e Direita. Em 2024 os percentuais caíram em todos os grupos, com maior redução na Direita (8.2%). A tabela 17 e o Gráfico 10 detalham esta evolução:

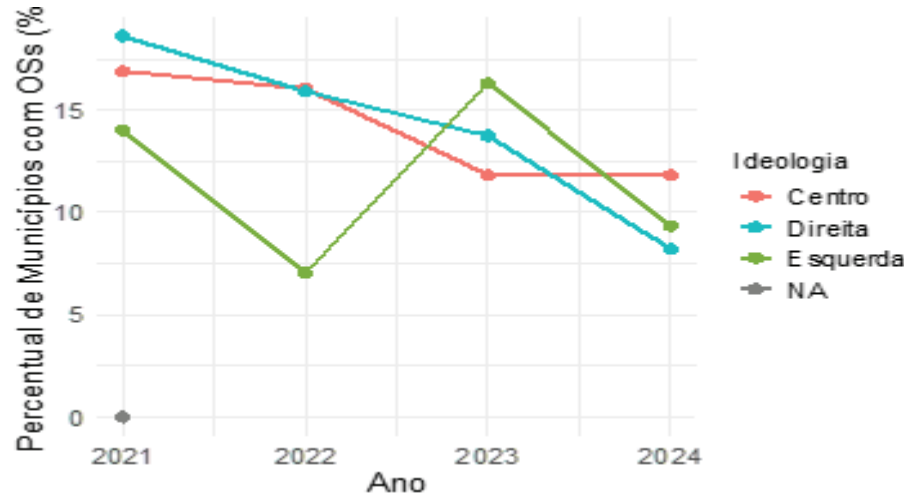
⁴² Ressalta-se que a presente análise não dispõe de dados suficientes para estabelecer causalidade entre esses fatores e a queda observada, de modo que essa tendência deve ser interpretada como um achado descritivo que abre agenda para investigações futuras.

Tabela 17: Evolução da adoção de OSs por ideologia nos municípios paulistas (2021–2024)

Ano	Ideologia	Sem OSs	Com OSs	Total	% com OSs
2021	Centro	197	40	237	16,9
	Direita	297	68	365	18,6
	Esquerda	37	6	43	14,0
2022	Centro	199	38	237	16,0
	Direita	307	58	365	15,9
	Esquerda	40	3	43	7,0
2023	Centro	209	28	237	11,8
	Direita	315	50	365	13,7
	Esquerda	36	7	43	16,3
2024	Centro	209	28	237	11,8
	Direita	335	30	365	8,2
	Esquerda	39	4	43	9,3

Fonte: dados da pesquisa

Gráfico 10: Tendência de adoção de OSs por orientação partidária dos prefeitos (2021–2024)



Fonte: dados da pesquisa

As variações descritas revelam um comportamento oscilante entre os grupos ideológicos ao longo do mandato, sem um padrão claro ou consistente que indique predominância de alguma orientação partidária na adoção de OSs. Esse comportamento irregular reforça a hipótese de que as variações observadas respondem mais a fatores conjunturais e estruturais do que a escolhas ideológicas.

Contudo, para além da análise descritiva, é necessário verificar se essas diferenças percentuais possuem relevância estatística. Para tanto, utilizou-se a regressão logística simples, com variável dependente binária (1 = presença de OSs; 0 = ausência) e variável independente a ideologia partidária do prefeito (Esquerda/Centro/Direita), nos mesmos moldes adotados para 2021. Os resultados para 2022 estão dispostos na Tabela 18:

Tabela 18: Regressão logística simples para a presença de OSs (2022)

Termo	OR	IC95% inferior	IC95% superior	p-valor
Intercepto (Esquerda)	0,075	0,023	0,242	<0,001
Centro	2,546	0,749	8,654	0,134
Direita	2,519	0,754	8,417	0,133

Fonte: dados da pesquisa

A regressão logística realizada para o ano de 2022 não encontrou evidências de que a orientação ideológica dos prefeitos tenha influenciado significativamente a probabilidade de adoção de OSs nos municípios paulistas. Tomando a Esquerda como categoria de referência, o modelo mostrou que tanto o Centro (OR = 2,546; IC95% = 0,749–8,654; p = 0,134) quanto a Direita (OR = 2,519; IC95% = 0,754–8,417; p = 0,133) não apresentaram diferenças estatisticamente significativas na chance de adoção de OSs em relação à Esquerda. Com relação ao exercício de 2023, a Tabela 19 demonstra:

Tabela 19: Regressão logística simples para a presença de OSs (2023)

Termo	OR	IC95% inferior	IC95% superior	p-valor
Intercepto (Esquerda)	0,194	0,087	0,437	<0,001
Centro	0,689	0,280	1,696	0,418
Direita	0,816	0,344	1,935	0,645

Fonte: dados da pesquisa

Em 2023, tomando a Esquerda como categoria de referência, tanto o Centro (OR = 0,689; IC95% = 0,280–1,696; p = 0,418) quanto a Direita (OR = 0,816; IC95% = 0,344–1,935; p = 0,645) indicam que não há diferença estatística nas chances de adoção de OSs entre esses

grupos. Assim, em 2023, a ideologia partidária novamente não apresentou associação estatisticamente significativa para explicar a presença de OSs nos municípios. Com relação a 2024, apresenta-se a Tabela 20:

Tabela 20: Regressão logística simples para a presença de OSs (2024)

Termo	OR	IC95% inferior	IC95% superior	p-valor
Intercepto (Esquerda)	0,103	0,037	0,287	<0,001
Centro	1,306	0,434	3,932	0,635
Direita	0,873	0,292	2,609	0,808

Fonte: dados da pesquisa

Em 2024, tomando a Esquerda como categoria de referência, tanto o Centro (OR = 1,306; IC95% = 0,434–3,932; p = 0,635) quanto a Direita (OR = 0,873; IC95% = 0,292–2,609; p = 0,808) não apresentaram coeficientes estatisticamente significativos. Isso indica que não há diferença confiável na chance de adoção de OSs entre municípios governados pelo Centro, pela Direita ou pela Esquerda.

Ao longo dos três anos subsequentes, os resultados mantiveram o mesmo padrão observado em 2021: em nenhum dos modelos testados a orientação partidária apresentou efeito estatisticamente significativo sobre a probabilidade de adoção de OSs. Os interceptos correspondentes à Esquerda confirmaram a baixa probabilidade basal de adoção nesse grupo em todos os anos (2022: OR = 0,075; 2023: OR = 0,194; 2024: OR = 0,103; p < 0,001), resultado que reflete o nível médio do desfecho no grupo de referência e não uma comparação entre orientações partidárias.

Portanto, em todos os anos do mandato (2021-2024) a regressão logística simples confirmou que a orientação ideológica do prefeito, isoladamente, não é fator determinante para a adoção de OSs refutando a Hipótese I.

Para os anos de 2022, 2023 e 2024, a Hipótese II foi testada utilizando o mesmo procedimento aplicado em 2021, a fim de manter consistência metodológica e permitir comparações temporais. Recorrendo à Regressão Logística Penalizada (LASSO), o modelo avaliou a relevância de diferentes fatores estruturais e pragmáticos na adoção de OSs pelos municípios, incluindo como preditores o Índice ASPS, o PIB *per capita*, a faixa populacional e a ideologia do prefeito. Tal modelo permite identificar quais variáveis apresentam contribuição

significativa para a probabilidade de adoção de OSs, penalizando fatores irrelevantes. Os resultados para 2022 são mostrados na Tabela 21:

Tabela 21: Resultados da regressão logística penalizada (LASSO) para predição da adoção de OSs (2022)

Variável	Coefficiente	Odds Ratio (OR)	Interpretação
Intercepto (≤ 5.000 hab., ASPS=0)	-4,995	0,007	Probabilidade inicial muito baixa de OSs em municípios pequenos
Índice ASPS	0,077	1,08	Cada ponto no índice aumenta a chance de OS em ~8%
PIB per capita	0,000004	1,00	Sem efeito relevante
Faixa populacional 5.001–10.000	-0,282	0,75	Leve redução da chance em relação à categoria ≤ 5.000
Faixa populacional 10.001–20.000	0,632	1,88	Municípios de 10–20 mil habitantes têm ~1,9x mais chance de OS
Faixa populacional 20.001–50.000	0,522	1,68	Municípios de 20–50 mil habitantes têm ~1,7x mais chance
Faixa populacional 50.001–100.000	1,912	6,76	Municípios de 50–100 mil habitantes têm ~6,8x mais chance
Faixa populacional 100.001–500.000	3,127	22,80	Municípios de 100–500 mil habitantes têm ~23x mais chance
Faixa populacional >500.000	4,837	126,15	Municípios com >500 mil habitantes têm odds altíssimas
Ideologia – Direita	-0,031	0,97	Efeito mínimo
Ideologia – Esquerda	-1,154	0,32	Leve redução (~68% menor chance), efeito fraco

Fonte: dados da pesquisa

Em 2022, os resultados do modelo LASSO indicaram o porte populacional do município como fator com maior poder preditivo, reproduzindo o padrão identificado em 2021. Municípios maiores apresentaram odds significativamente mais elevadas de implementar OSs, chegando a mais de 100 vezes a probabilidade em cidades com mais de 500 mil habitantes em comparação à categoria de referência (≤ 5.000 habitantes)⁴³. O índice ASPS apresentou efeito positivo leve, mostrando que cada ponto adicional aumentava a chance de adoção de OSs em cerca de 8%. Por outro lado, o PIB *per capita* não apresentou efeito relevante. A ideologia do prefeito apresentou impactos muito pequenos e não estatisticamente robustos. O intercepto refletiu a baixa probabilidade inicial de municípios pequenos adotarem OSs. A seguir, a Tabela 22 apresenta as interpretações para o ano de 2023:

⁴³ O $OR > 100$ observado em 2022 reflete, em grande parte, o efeito de escala do porte populacional, mas valores tão elevados também podem indicar instabilidade estatística associada à separação quase perfeita ou à presença de poucas observações em algumas categorias. Portanto, esses ORs devem ser interpretados com cautela, reconhecendo que pequenas variações na amostra podem gerar flutuações significativas nos estimadores.

Tabela 22: Resultados da regressão logística penalizada (LASSO) para predição da adoção de OSs (2023)

Variável	Coefficiente	Odds Ratio (OR)	Interpretação
Intercepto	-1,892	0,15	Probabilidade inicial baixa de OSs
Índice ASPS	0,000	1,00	Sem efeito relevante
PIB per capita	0,0000006	1,00	Sem efeito relevante
Faixa populacional 5.001–10.000	-0,108	0,90	Leve redução da chance
Faixa populacional 10.001–20.000	-0,334	0,72	Leve redução (~28%)
Faixa populacional 20.001–50.000	0,000	1,00	Sem efeito
Faixa populacional 50.001–100.000	0,297	1,35	Aumento leve da chance
Faixa populacional 100.001–500.000	0,113	1,12	Aumento leve da chance
Faixa populacional >500.000	0,688	1,99	Aproximadamente 2x mais chance
Ideologia – Direita	0,000	1,00	Sem efeito
Ideologia – Esquerda	0,000	1,00	Sem efeito

Fonte: dados da pesquisa

Apesar de requerer cautela na interpretação⁴⁴, em 2023 ainda é possível verificar semelhança com 2021, pois o porte populacional persistiu como o fator mais importante para adoção de OSs, ainda que com efeitos menos expressivos. Municípios maiores apresentaram maior probabilidade de implementar OSs, com destaque para cidades com mais de 500 mil habitantes, que tiveram aproximadamente duas vezes mais chance de adoção em comparação à categoria de referência (≤ 5.000 habitantes). O índice ASPS e o PIB per capita foram eliminados pelo LASSO, indicando efeito nulo. A ideologia do prefeito também não apresentou impacto significativo, não sendo observadas evidências estatísticas de associação entre adoção e alinhamento partidário.

Para 2024 os resultados estão disciplinados na Tabela 23, a seguir:

⁴⁴ Os resultados de 2023, apresentados na Tabela 22, merecem interpretação cuidadosa. O modelo LASSO penalizou praticamente todas as variáveis, incluindo o porte populacional, o Índice ASPS, o PIB per capita e a ideologia, reduzindo seus coeficientes a zero ou próximo de zero. Esse comportamento pode indicar limitações na estimação do modelo para esse ano específico, possivelmente associadas à redução no número de municípios com OSs (de 99 em 2022 para 85 em 2023) o que aumenta o desequilíbrio amostral e pode comprometer a capacidade do LASSO de identificar preditores relevantes. Dessa forma, os resultados de 2023 devem ser interpretados com cautela e não invalidam o padrão consistentemente observado nos demais anos, segundo o qual o porte populacional é o principal determinante da adoção de OSs.

Tabela 23: Resultados da regressão logística penalizada (LASSO) para predição da adoção de OSs (2024)

Variável	Coefficiente	Odds Ratio (OR)	Interpretação
Intercepto	-2,886	0,056	Probabilidade inicial baixa
Índice ASPS	0,000	1,00	Sem efeito relevante
PIB per capita	0,000	1,00	Sem efeito relevante
Faixa populacional 5.001–10.000	-1,007	0,37	Redução da chance (~63% menor que referência)
Faixa populacional 10.001–20.000	0,000	1,00	Sem efeito
Faixa populacional 20.001–50.000	0,274	1,31	Aumento leve da chance
Faixa populacional 50.001–100.000	1,689	5,41	Municípios têm ~5,4x mais chance
Faixa populacional 100.001–500.000	2,421	11,26	Municípios têm ~11x mais chance
Faixa populacional >500.000	2,225	9,25	Municípios têm ~9x mais chance
Ideologia – Direita	-0,263	0,77	Leve redução da chance
Ideologia – Esquerda	-0,113	0,89	Leve redução da chance

Fonte: dados da pesquisa

Em 2024, o padrão se restabeleceu, similar aos anos anteriores. O porte populacional novamente emerge como variável com maior magnitude do modelo. Municípios de 50.001 a 500.000 habitantes e acima de 500 mil mantêm odds significativamente maiores, variando entre 9 e 11 vezes em relação aos municípios pequenos de até 5.000 habitantes. O índice ASPS e o PIB *per capita* permaneceram sem efeito relevante e a ideologia do prefeito mostrou apenas leves reduções nas chances para municípios com prefeitos de direita ou esquerda, com pouca relevância estatística, reforçando sua incapacidade de explicar a adoção de OSs de forma sistemática.

Em síntese, os anos de 2022, 2023 e 2024 reproduzem o padrão identificado em 2021: o porte populacional é o determinante principal da adoção de OSs, o Índice ASPS exerce efeito positivo leve e a ideologia do prefeito não se mostra relevante isoladamente. O ano de 2023 apresentou limitações na estimação do modelo, com penalização excessiva das variáveis. Ainda assim, a direção dos coeficientes remanescentes manteve-se coerente com os demais anos, não contrariando o padrão estrutural identificado ao longo do mandato. Pequenas variações nas odds entre anos refletem tanto diferenças amostrais quanto instabilidades associadas a categorias com poucos municípios, mas não alteram a tendência geral observada ao longo do mandato.

Esses achados corroboram a Hipótese II, confirmando que a adoção de OSs é primariamente condicionada por fatores estruturais e de escala, e não pela orientação ideológica do gestor municipal.

Com relação à interação entre Ideologia e faixa populacional, verifica-se, na Tabela 24, o resultado da interação em 2022:

Tabela 24: Interação entre faixa populacional e ideologia partidária na adoção de OSs (2022)

Faixa Populacional	Direita (Coef. β)	Esquerda (Coef. β)	Interpretação
5.001 – 10.000 hab.	-1.525	-0.775	Coeficientes negativos (redução), sem significância estatística.
10.001 – 20.000 hab.	-0.535	-1.649*	Tendência de redução em ambos os polos nesta faixa.
20.001 – 50.000 hab.	-0.556	+14.316*	Sem efeito claro para a direita; esquerda com estimativa instável — separação quase-perfeita
50.001 – 100.000 hab.	+1.450	-2.002	POLARIZAÇÃO: Direita favorece; Esquerda desfavorece.
100.001 – 500.000 hab.	+0.571	+13.066*	Direita mantém sinal positivo; esquerda com estimativa instável — separação quase-perfeita
> 500.000 hab.	---	---	Saturação do modelo: a variável porte anula o efeito ideológico.

Fonte: dados da pesquisa

A tabela revela que nos extremos populacionais a ideologia não tem impacto relevante. Nos municípios muito pequenos (até 10 mil hab.) a escassez de recursos e a baixa escala arrecadatória podem ser fatores que causa dificuldade em atrair entidades qualificadas. Tais fatos configuram uma espécie de barreira de entrada para atuação das OSs, independentemente da vontade política do gestor. Por sua vez, nas metrópoles (acima de 500 mil hab.) ocorre o fenômeno no qual a complexidade e o volume da rede de saúde tornam a gestão direta inviável, transformando a adoção de OSs em uma solução técnica quase impositiva, que se sobrepõe ao debate partidário.

A tendência à polarização⁴⁵ surge nos municípios de 50 a 100 mil habitantes, os quais possuem robustez orçamentária para sustentar contratos de gestão, sem que a pressão técnica das grandes cidades reduza a autonomia política para decidir sobre o modelo. Nessa faixa, o coeficiente da Direita é positivo (+1,450) e o da Esquerda é negativo (−2,002), sugerindo uma inversão sistemática de sinais que também foi observada em 2021. Ressalta-se, contudo, que os termos de interação não atingem significância estatística clássica, em virtude da fragmentação da amostra e do reduzido número de municípios com prefeitos de esquerda no estado, de modo que esse padrão deve ser interpretado como uma tendência e não como um efeito confirmado.

A análise de interação não pôde ser replicada para os anos subsequentes. Os testes do modelo de interação para 2023 e 2024 falharam em convergir em razão da colinearidade e da separação quase-completa dos dados⁴⁶, o que foi confirmado pelo erro LAPACK dpotrf, fenômeno comum em amostras com baixa frequência do evento e forte desbalanceamento entre categorias.

Diante do impedimento estatístico, a análise de interação foi descartada para os anos de 2023 e 2024, sendo substituída pela Regressão Logística Penalizada (Método Firth) para reportar os efeitos isolados das variáveis.⁴⁷ As faixas populacionais foram agregadas em duas categorias (Pequeno e Médio/Grande) como se percebe na Tabela 25:

⁴⁵ O achado demonstra que, na faixa de 50.000 a 100.000 habitantes, ocorre uma inversão sistemática de sinais (Direita positiva e Esquerda negativa) que se repete em 2021 e 2022. Apesar de os termos de interação não atingirem a significância estatística clássica — em virtude da fragmentação da amostra e do reduzido número de prefeituras de esquerda no estado — a persistência do padrão sugere que o médio-grande porte é o único estrato onde o gestor possui autonomia para imprimir sua marca ideológica antes que a pressão técnica das metrópoles torne o modelo compulsório

⁴⁶ Este fenômeno é comum em amostras com baixa frequência do evento e forte desequilíbrio entre categorias, confirmado pelo erro LAPACK dpotrf.

⁴⁷ Utilizou-se a Regressão Logística Penalizada (Método Firth), que produz estimativas consistentes e reduz o viés de coeficientes extremos. Embora robustos, os resultados do Firth não são totalmente comparáveis aos coeficientes de interação de anos anteriores, exigindo cautela na comparação de magnitude e significância.

Tabela 25: Coeficientes de Regressão Logística Penalizada (Método Firth) para efeitos isolados na adoção de OSs (2023-2024)

Variável	Categoria de Referência	β (2023)	p-valor (2023)	β (2024)	p-valor (2024)	Interpretação
Intercepto	Grande/Centro/Outros	-0.730	0.280	-0.283	0.682	Probabilidade inicial baixa
Porte Populacional	Grande (>500k)	-1.280	0.080	-1.737	0.023	Pequeno/Médio tem menor chance de OSs
Ideologia	Centro/Outros	+0.144	0.565	-0.438	0.116	Sem efeito relevante
Ideologia	Esquerda	+0.428	0.354	-0.153	0.773	Sem efeito relevante

Fonte: dados da pesquisa

Os resultados do modelo de efeitos Firth para 2023 e 2024 demonstraram que o Porte Populacional se consolidou como o único preditor estatisticamente significativo ($p=0.023$ para 2024 e $p=0.080$ para 2023). Por sua vez, a Ideologia não demonstrou qualquer significância ($p>0,10$ em 2023 e 2024), o que sugere que nos anos finais do mandato as decisões sobre OSs deixaram de ser influenciadas por escolhas ideológicas e se tornaram um padrão fortemente associado a fatores estruturais, como a alta complexidade da rede de saúde e necessidades fiscais⁴⁸. Ademais, o efeito contingente da Ideologia, que em 2021 e 2022 mostrava relevância em determinadas faixas populacionais, deixou de ser identificável nos anos finais do mandato, possivelmente em função do próprio encolhimento da amostra de municípios com OSs.

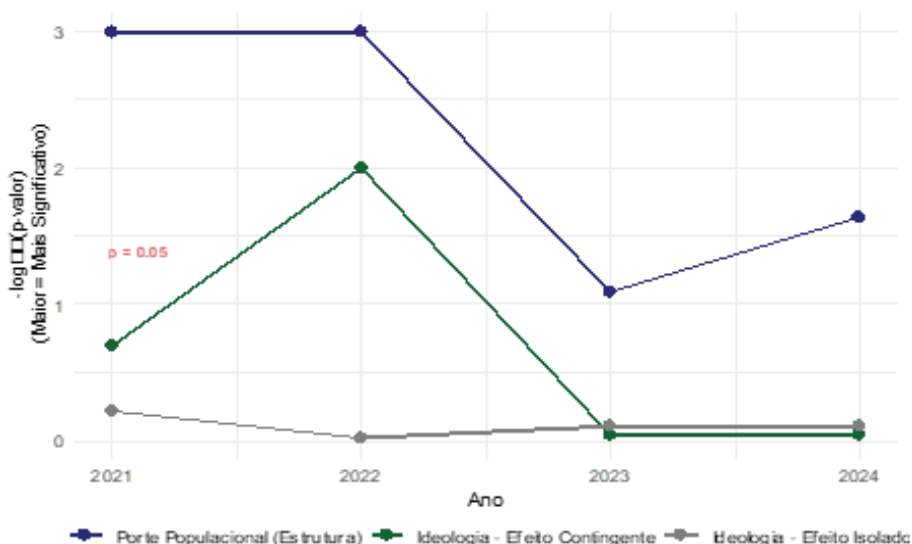
O gráfico 11 sintetiza a evolução da força estatística dos preditores ao longo do mandato 2021–2024, evidenciando três tendências centrais:

- A consolidação da estrutura: o porte populacional foi o preditor com os maiores *Odds Ratios* em todos os anos, chegando a $OR>100$ em 2022 e mantendo-se entre 9 e 11 até 2024, o que justifica a sua posição mais alta no gráfico.
- A redução progressiva da associação contingente entre ideologia e porte populacional: o efeito contingente (Ideologia x Porte) foi relevante em 2021 e 2022. Entretanto, em 2023 e 2024 perdeu importância.
- A irrelevância do efeito puro da Ideologia: em todos os quatro anos, o efeito puro da ideologia foi estatisticamente não significativo, o que justifica a linha do "Efeito Puro

⁴⁸ **Nota:** A interpretação dos coeficientes β deve ser subordinada ao p-valor, que testa se o efeito estimado é estatisticamente significativo. Em contextos de separação quase-completa, colinearidade ou desbalanceamento, como identificado em 2023 e 2024, os coeficientes podem apresentar magnitudes infladas que são corrigidas pelo p-valor ao indicar ausência de significância ($p > 0,05$).

da Ideologia" permanecer consistentemente no nível mais baixo de confiança no gráfico 11, como segue:

Gráfico 11: Evolução da força estatística de preditores na adoção de OSs (2021-2024)



Fonte: dados da pesquisa

Portanto, o gráfico ilustra a consolidação da estrutura (porte populacional) e a diluição da Ideologia ao longo do mandato. Na escala vertical, quanto mais alto o ponto, mais forte e estatisticamente confiável é o fator para explicar a adoção de OSs. O efeito contingente da Ideologia (Ideologia associada ao porte populacional), embora relevante nos anos iniciais, se perdeu ao fim do mandato. Por fim, ao longo de todos os anos, o efeito puro da Ideologia não foi notado como fator para adoção de OSs.

Por último, a fim de verificar se a Ideologia exerce influência sobre a intensidade de uso do modelo, medida pelo valor total que os municípios empregaram em OSs (Hipótese III), procedeu-se à Regressão Linear Múltipla para os anos de 2022, 2023 e 2024. A variável Ideologia foi incluída como variável categórica, adotando-se o grupo Centro como categoria de referência. Foram inseridas variáveis de controle (População e Receita própria de impostos) para isolar o efeito da ideologia, evitando que os resultados fossem influenciados pelo tamanho do município, que tende a elevar o gasto em saúde, e pela capacidade fiscal. Trata-se da seguinte especificação:

$$Gastosi = \beta_0 + \beta_1 \cdot Ideologia_i + \beta_2 \cdot Popula\c{c}\tilde{a}o_i + \beta_3 \cdot CapFiscali + \beta_4 \cdot ASPSi + \epsilon_i$$

Em que:

$Gastosi$ = volume total de recursos destinados às OSs pelo município i (R\$, deflacionado pelo IPCA)

β_0 = intercepto do modelo

β_1 = efeito da orientação partidária sobre o volume de gastos

β_2 = efeito do porte populacional (população absoluta ou log da população)

β_3 = efeito da capacidade fiscal própria

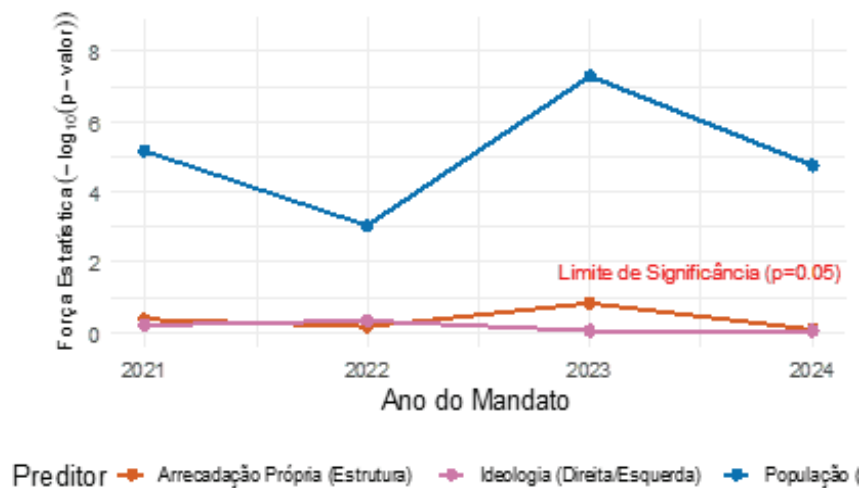
β_4 = efeito do Índice ASPS

ϵ_i = termo de erro

O Gráfico 12 e a Tabela 26 ilustram a evolução da força estatística na explicação dos Gastos com OSs, consolidando a:

- Dominância da População: A linha da população encontra-se no topo devido aos p-valores extremamente baixos em todos os anos do mandato.
- Irrelevância da Ideologia: a linha da ideologia possui um nível de força estatística muito baixo devido aos p-valores altos em todos os anos.

Gráfico 12: Evolução da força estatística na explicação dos Gastos com OSs (2021-2024)



Fonte: dados da pesquisa

Tabela 26: Tabela de p-valores (Hipótese III)

Ano	População	Arrecadação Própria	Ideologia
2021	0.00000707	0.440	0.647
2022	0.000888	0.683	0.482
2023	0.0000000519	0.143	0.941
2024	0.0000183	0.805	0.943

Fonte: dados da pesquisa

Os resultados, sintetizados na Tabela 26 e no Gráfico 12, confirmam o padrão identificado em 2021: em todos os anos do mandato, a população foi o único preditor com relevância estatística, apresentando p-valores muito baixos e consistentes ao longo do período. A receita própria de impostos e a ideologia do prefeito não apresentaram significância estatística em nenhum dos anos analisados.

Para maior robustez estatística da influência da Ideologia frente à heterocedasticidade⁴⁹, isto é, da variabilidade desigual dos gastos entre municípios, que viola a suposição clássica de variância constante dos erros, os coeficientes da regressão foram estimados com erros padrão robustos do tipo HC3, garantindo que os p-valores fossem confiáveis mesmo diante de elevada dispersão observada nos gastos com OSs.

A distribuição dos gastos com OSs apresentou heterocedasticidade, variância não-constante dos resíduos ao longo da distribuição dos preditores, violação que invalida a inferência baseada nos erros padrão convencionais de Mínimos Quadrados Ordinários (MQO). Para assegurar a validade das inferências, os erros padrão foram calculados pelo estimador robusto HC3 (*Heteroskedasticity-Consistent Covariance Matrix Estimator*, tipo 3), conforme MacKinnon e White (1985):

$$Var_HC3(\beta) = (X'X)^{-1} \cdot [\sum \hat{e}_i^2 / (1 - h_{ii})^2] \cdot (X'X)^{-1}$$

Em que:

β = vetor de coeficientes estimados por MQO

X = matriz de variáveis preditoras (design matrix)

$\hat{e}_i$ = resíduo do município i: diferença entre valor observado e valor ajustado

h_{ii} = elemento diagonal da matriz chapéu $H = X(X'X)^{-1}X'$ (leverage do município i)

⁴⁹ Nessa situação, a suposição clássica da regressão linear de variância constante dos erros (homocedasticidade) é violada.

$(1 - h_{ii})^2$ = fator de correção que penaliza observações com alta influência (leverage), tornando o HC3 mais conservador que o HC0 e o HC1

O estimador HC3 é preferível aos demais estimadores robustos da família HC em amostras de tamanho moderado, pois produz intervalos de confiança com cobertura empírica mais próxima do nível nominal em presença de heterocedasticidade e observações influentes (LONG; ERVIN, 2000). Os resultados são reportados com coeficientes não-padronizados e seus respectivos erros padrão robustos, estatísticas t e valores-p.

A aplicação desta metodologia confirmou a ausência de efeito da Ideologia em todos os anos analisados, com p-valores das categorias Direita e Esquerda consistentemente elevados: 2021 (Direita = 0.798; Esquerda = 0.763), 2022 (Direita = 0.396; Esquerda = 0.944), 2023 (Direita = 0.576; Esquerda = 0.677) e 2024 (Direita = 0.190; Esquerda = 0.768). Dessa forma, eventuais diferenças médias nos gastos entre municípios governados por diferentes espectros ideológicos podem ser atribuídas ao acaso e não a decisões políticas orientadas por ideologia.

A metodologia estatística utilizada para testar as hipóteses foi replicada ao longo dos anos de 2022, 2023 e 2024, mantendo consistência com os procedimentos adotados em 2021. Apenas para o teste da HII, nos anos finais do mandato, foi necessário substituir o Modelo de Interação pelo Método Firth (Regressão Logística Penalizada) devido a problemas de convergência, especialmente decorrentes de separação quase-completa e forte desbalanceamento das categorias. Os resultados estão resumidos nas Tabelas 27, 28 e 29:

Tabela 27: Resumo dos Resultados Empíricos (2022)

Hipótese Testada	Variável Dependente	Método Estatístico Principal	Conclusão sobre a Orientação Partidária	Fator Dominante
HI: Orientação Partidária é um preditor significativo da adoção de OSs	Presença/Ausência de OSs	Regressão Logística Simples	Refutada. As chances de adoção não apresentam diferenças estatisticamente significativas entre Esquerda (referência), Centro e Direita.	Estrutural/Escala
HII: Adoção de OSs é explicada por fatores estruturais/pragmáticos	Presença/Ausência de OSs	Regressão Logística Penalizada (LASSO) e Análise de Interação	Verificada. A ideologia (Direita/Esquerda) apresentou impactos muito pequenos (LASSO penalizou). Tendência de polarização identificada na faixa de 50–100 mil habitantes	Porte Populacional
IIII: Orientação Partidária é um fator significativo na intensidade de uso (Volume de recursos repassados)	Gastos totais com OSs	Regressão Linear Múltipla	Refutada. As diferenças de gastos entre Esquerda, Centro e Direita não são estatisticamente significativas após o controle dos fatores estruturais e fiscais.	População ($p < 0,001$)

Fonte: dados da pesquisa

Tabela 28: Resumo dos Resultados Empíricos (2023)

Hipótese Testada	Variável Dependente	Método Estatístico Principal	Conclusão sobre a Orientação Partidária	Fator Dominante
HI: Orientação Partidária é um preditor significativo da <i>adoção</i> de OSs	Presença/Ausência de OSs	Regressão Logística Simples	Refutada. As chances de adoção não apresentam diferenças estatisticamente significativas entre Esquerda (referência), Centro e Direita.	Estrutural/Escala
HII: Adoção de OSs é explicada por fatores estruturais/pragmáticos ⁵⁰	Presença/Ausência de OSs	Regressão Logística Penalizada (LASSO) e Regressão Logística Penalizada (Firth)	Verificada. A ideologia (Direita/Esquerda) foi eliminada pela Lasso. Análise de interação inviabilizada por limitações amostrais. Porte populacional confirmado como preditor pelo Firth	Porte Populacional
IIII: Orientação Partidária é um fator significativo na intensidade de uso (Volume de recursos repassados)	Gastos totais com OSs	Regressão Linear Múltipla	Refutada. As diferenças de gastos entre Esquerda, Centro e Direita não são estatisticamente significativas após o controle dos fatores estruturais e fiscais.	População (p<0,001)

Fonte: dados da pesquisa

⁵⁰ Nos anos finais do mandato o porte populacional consolidou-se como preditor significativo, indicando que as decisões deixaram de ser influenciadas por escolhas ideológicas.

Tabela 29: Resumo dos Resultados Empíricos (2024)

Hipótese Testada	Variável Dependente	Método Estatístico Principal	Conclusão sobre a Orientação Partidária	Fator Dominante
HI: Orientação Partidária é um preditor significativo da adoção de OSs	Presença/Ausência de OSs	Regressão Logística Simples	Refutada. As chances de adoção não apresentam diferenças estatisticamente significativas entre Esquerda (referência), Centro e Direita.	Estrutural/Escala
HII: Adoção de OSs é explicada por fatores estruturais/pragmáticos	Presença/Ausência de OSs	Regressão Logística Penalizada (LASSO) e Regressão Logística Penalizada (Firth)	Verificada. Ideologia com impacto mínimo. Análise de interação inviabilizada por limitações amostrais. Porte populacional confirmado como preditor dominante pelo Firth	Porte Populacional (5x a 11x mais chances nas faixas acima de 50 mil hab.)
IIII: Orientação Partidária é um fator significativo na intensidade de uso (Volume de recursos repassados)	Gastos totais com OSs	Regressão Linear Múltipla	Refutada. As diferenças de gastos entre Esquerda, Centro e Direita não são estatisticamente significativas após o controle dos fatores estruturais e fiscais.	População ($p<0,001$)

Fonte: dados da pesquisa

Em síntese, os resultados obtidos ao longo do mandato 2021–2024 são consistentes e convergentes: em nenhum dos anos analisados a orientação partidária do prefeito se mostrou um preditor estatisticamente significativo da adoção ou da intensidade de uso das Organizações Sociais de Saúde nos municípios paulistas. O porte populacional consolidou-se como o fator

estrutural dominante em todos os modelos testados, confirmando que a decisão de adotar e intensificar o uso de OSs responde fundamentalmente a demandas de escala e capacidade de gestão e não a escolhas ideológicas.

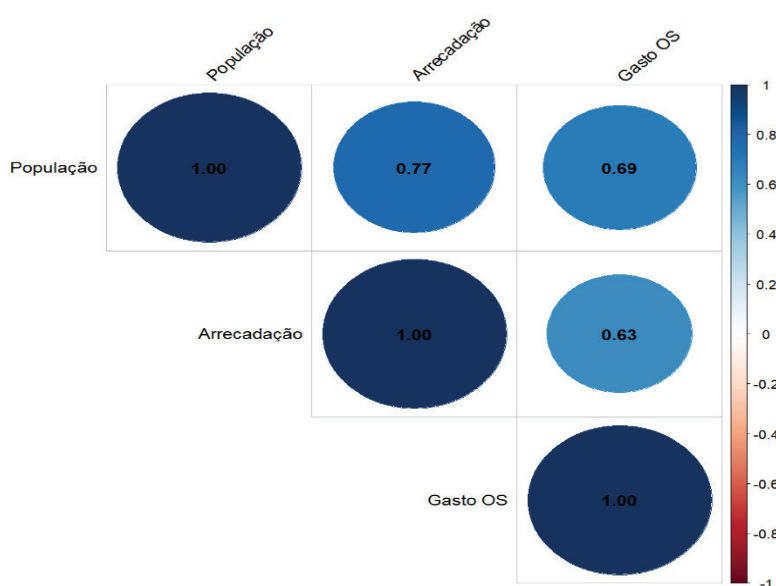
5.4.5 Estrutura demográfica, capacidade fiscal e intensidade de gastos com OSs: análise por matrizes de correlação de Spearman

Com o objetivo de complementar a análise inferencial conduzida por meio dos modelos de regressão apresentados nas seções anteriores, esta subseção realiza uma análise exploratória das associações entre população absoluta, arrecadação própria e gastos com OSs, utilizando o Coeficiente de Correlação de Postos de Spearman.

A opção pelo coeficiente de Spearman justifica-se pela elevada heterogeneidade populacional da amostra, que inclui desde municípios de pequeno porte até grandes metrópoles. Por basear-se na ordenação dos casos e não nos valores brutos, esse coeficiente é mais adequado para capturar tendências estruturais sem a influência desproporcional de *outliers*, como ocorreria em correlações calculadas sobre valores absolutos.

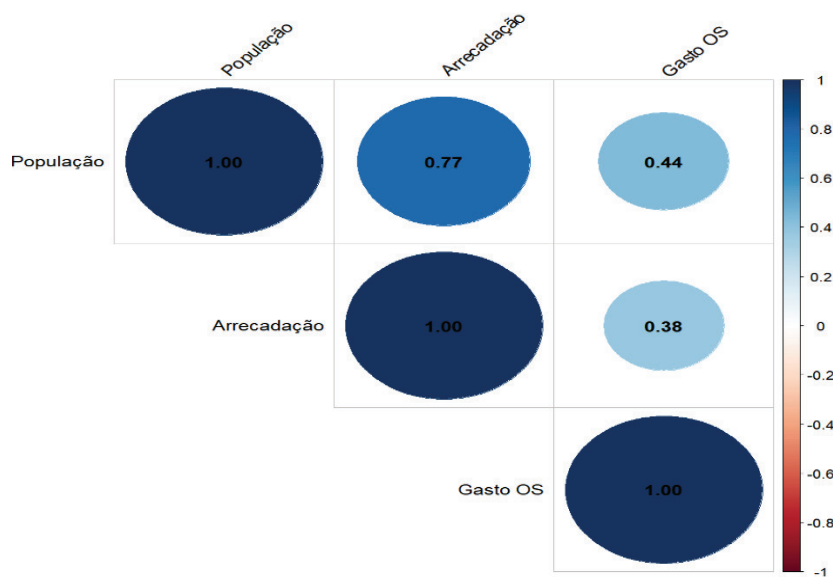
A matriz de correlação foi construída com três variáveis centrais: população absoluta, arrecadação própria e gastos com OSs, permitindo observar a evolução anual das associações entre escala administrativa, capacidade fiscal e intensidade de utilização do modelo de OSs:

Figura 1: Matriz de Correlação de Spearman (2021)



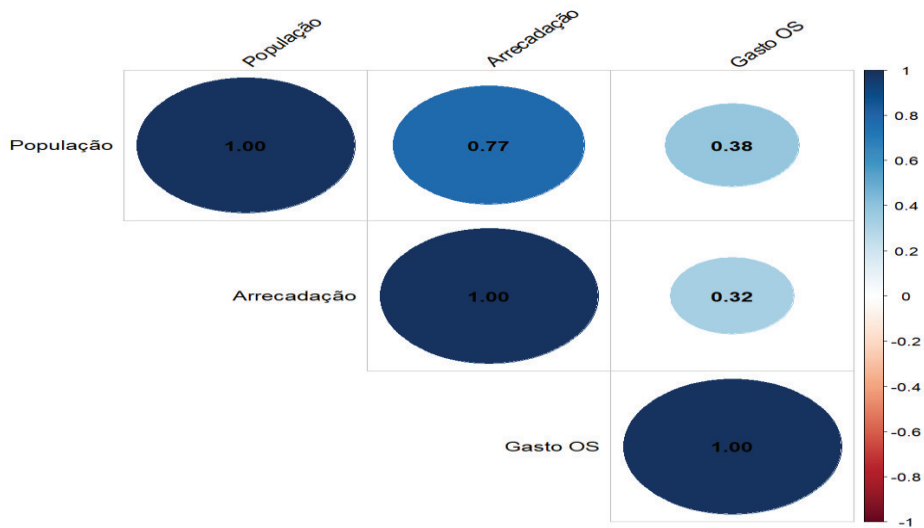
Fonte: dados da pesquisa

Figura 2: Matriz de Correlação de Spearman (2022)



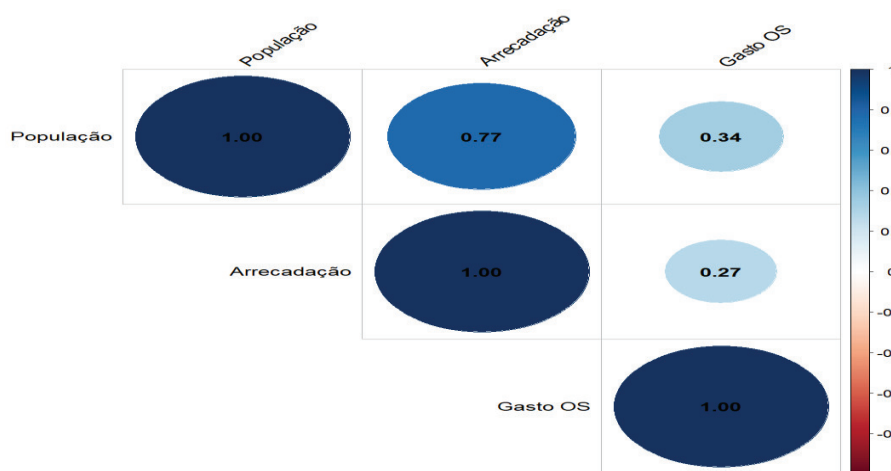
Fonte: dados da pesquisa

Figura 3: Matriz de Correlação de Spearman (2023)



Fonte: dados da pesquisa

Figura 4 : Matriz de Correlação de Spearman (2024)



Fonte: dados da pesquisa

Diferentemente dos modelos de regressão, que permanecem como base principal para a avaliação das hipóteses e para a identificação de efeitos explicativos, a análise de correlação não permite inferir causalidade, nem testar a significância estatística de determinantes específicos da adoção ou da intensidade de uso das OSs. Seu objetivo consiste em descrever tendências gerais de associação entre variáveis estruturais e financeiras ao longo do tempo, permitindo observar mudanças na distribuição relativa dos gastos entre municípios de diferentes perfis.

Os resultados revelam dois padrões distintos. O primeiro é a estabilidade da relação entre população e arrecadação própria, cujo coeficiente se manteve em torno de 0,77 em todos os anos do mandato, evidenciando consistência estrutural entre escala demográfica e capacidade fiscal independentemente do ano analisado. O segundo padrão é a queda progressiva das correlações entre gastos com OSs e as demais variáveis estruturais: a correlação entre gastos com OS e população e entre gastos com OSs e arrecadação apresentaram queda ao longo dos anos, atingindo 0,34 (população) e 0,27 (arrecadação) em 2024.

Essa trajetória de enfraquecimento das correlações indica que, ao longo do mandato, a distribuição dos gastos com OSs tornou-se progressivamente menos dependente do porte populacional e da capacidade fiscal dos municípios. Em 2021, municípios maiores e com maior arrecadação concentravam os gastos de forma mais uniforme; em 2024, essa associação se

enfraqueceu consideravelmente, sugerindo que o modelo passou a ser utilizado por municípios de perfis mais variados, com menor uniformidade entre escala e intensidade financeira.

Portanto, os resultados sinalizam que a associação entre características estruturais e volume de gastos com OSs tornou-se menos uniforme ao longo do mandato, refletindo maior diversidade de perfis municipais na utilização do modelo e menor consistência entre escala demográfica e intensidade financeira.

Ressalta-se que esses achados não comprometem a validade dos modelos de regressão nem permitem concluir as motivações políticas específicas para a alocação de recursos, que poderão ser investigadas em pesquisas qualitativas.

5.5 A tensão entre ideologia e estrutura

A literatura de *party government*, sintetizada, entre outros, por Cox e McCubbins (1997) e pela formulação seminal de Downs (1957), sustenta que partidos com orientações programáticas distintas tendem a produzir políticas diferenciadas quando no poder. Também é essa a teoria de Bobbio. Tal premissa fundamentou a Hipótese I desta tese: a de que prefeitos de direita, identificados como mais receptivos ao ideário gerencialista, adotariam OSs com maior frequência do que prefeitos de esquerda ou centro. O arcabouço teórico revisitado nesta pesquisa, especialmente a caracterização das OSs como instrumento ideologicamente comprometido com a redução do Estado prestador, reforçava a plausibilidade dessa hipótese.

Os dados, contudo, não confirmaram essa expectativa. Em nenhum dos quatro anos analisados a orientação partidária do prefeito apresentou efeito estatisticamente significativo sobre a probabilidade de adoção de OSs, seja nos modelos logísticos simples, seja nas especificações multivariadas com controles estruturais e fiscais. O resultado se manteve consistente nas três variações dos modelos de regressão logística empregadas (convencional, penalizada pelo método de Firth e regularizada por LASSO), o que afasta a possibilidade de que a ausência de efeito seja de uma única especificação.

O resultado não invalida o argumento teórico construído. Ao contrário, ele o qualifica. A hipótese de clivagem ideológica pressupõe que os gestores dispõem de margem real de escolha sobre o modelo de gestão adotado. O que os dados indicaram é que, para a maior parte dos municípios paulistas, essa margem é estreita: ela é pré-determinada por condições estruturais que independem da orientação do gestor. Como Carvalho (2020) argumenta ao analisar os padrões de política urbana nos governos locais brasileiros, a neoliberalização dos arranjos de gestão municipal responde menos a escolhas programáticas deliberadas e mais a

pressões institucionais e fiscais que constroem o campo do possível independentemente de quem governa. Os achados desta tese fornecem evidência quantitativa robusta nessa direção.

5.6 A ideologia como variável contingente: quando e onde ela opera

A ausência de efeito ideológico geral não significa, contudo, que a orientação partidária seja completamente irrelevante. As análises de interação entre ideologia e porte populacional produziram um achado descritivo que merece interpretação cuidadosa: em municípios com população entre 50.001 e 100.000 habitantes, e especialmente nos anos iniciais do mandato (2021–2022), observaram-se padrões de diferenciação ideológica na adoção de OSs que não estiveram presentes nas demais faixas populacionais.

Esses municípios de médio porte ocupam uma posição intermediária singular: possuem recursos orçamentários suficientes para viabilizar contratos com OSs, mas não enfrentam a pressão de escala que torna a gestão indireta funcionalmente compulsória nas megacidades. Essa margem de discricionariedade administrativa — relativamente mais ampla do que nas grandes cidades — constitui o espaço no qual a orientação política do gestor pode, em tese, exercer maior influência sobre a decisão de adotar ou não o modelo.

A concentração desse padrão nos anos de 2021 e 2022 — coincidentes com o pico e o pós-pico da pandemia de Covid-19 — sugere uma hipótese explicativa adicional: sob condições de excepcionalidade sanitária, as preferências políticas dos gestores podem ganhar maior saliência nas decisões de gestão, especialmente em contextos onde a pressão técnica não é suficientemente intensa para anular a margem de escolha. A crise pandêmica, ao amplificar tanto a urgência das decisões quanto a visibilidade política das escolhas de gestão da saúde, pode ter reforçado temporariamente a relevância da orientação partidária em faixas populacionais intermediárias.

O que os dados permitem afirmar, com o grau de cautela que a evidência disponível exige, é que a ideologia não opera como determinante universal das escolhas de gestão da saúde municipal, mas tampouco é absolutamente irrelevante: ela se manifesta como variável contingente, cujo espaço de expressão é estruturalmente delimitado pelo porte do município, pela sua capacidade fiscal e, possivelmente, pelo contexto político-sanitário em que o mandato se desenvolve.

5.7 A lógica de escala: porte populacional, capacidade fiscal e o modelo de Oss

O preditor dominante e consistente ao longo de todo o quadriênio foi o porte populacional. Municípios maiores apresentaram probabilidade significativamente superior de adotar OSs — efeito que se intensifica nas faixas extremas da distribuição, tanto no polo das megacidades quanto, por razão inversa, no polo dos municípios de menor porte. Esse achado não é trivial. Ele sugere que o modelo de OSs não é, na prática municipal paulista, uma escolha político-ideológica disponível a qualquer gestor: é uma resposta funcional à complexidade administrativa imposta pela escala urbana.

A capacidade fiscal própria, medida pela arrecadação de impostos locais e pela menor dependência de transferências intergovernamentais, emergiu como segundo preditor relevante. Municípios com maior autonomia tributária dispõem de recursos para sustentar contratos de gestão com OSs, que envolvem repasses financeiros contínuos e de magnitude significativa. Em contrapartida, municípios com baixa arrecadação própria e elevada dependência de transferências federais e estaduais encontram, nessa limitação fiscal, uma barreira estrutural à adoção que não é política, mas orçamentária.

O Índice de Aplicação em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), que mede o comprometimento do município com o financiamento setorial, configurou-se como preditor complementar, de menor magnitude, mas de presença estável nos modelos. Municípios que destinam proporções maiores de suas receitas à saúde tendem a adotar OSs com maior frequência, o que sugere que o modelo está associado não apenas à capacidade fiscal geral, mas ao grau de priorização da saúde na agenda orçamentária municipal.

Em conjunto, os preditores descreveram um perfil estrutural de município adotante que independe da orientação partidária do gestor. A Hipótese II desta tese, que previa a predominância de fatores estruturais sobre a clivagem ideológica, foi confirmada de forma consistente e transversal ao quadriênio.

5.8 Pragmatismo de gestão sob restrição fiscal: para além da clivagem ideológica

A interpretação integral dos resultados desta tese demonstrou que a adoção de Organizações Sociais de Saúde (OSs) nos municípios paulistas transcende a clássica dicotomia ideológica "direita-esquerda", revelando-se como uma resposta técnica a imperativos de escala e capacidade administrativa. Um ponto central que fortalece essa conclusão é a análise do

impacto do modelo sobre os limites de gastos com pessoal impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF).

Embora a análise bivariada inicial (teste *t* de Welch) tenha sugerido que municípios com OSs apresentavam um percentual significativamente menor de gastos com pessoal (38,29%) em comparação aos que não utilizavam o modelo (41,30%; $p = 0,016$), o rigor estatístico desta pesquisa demonstrou que tal conclusão seria precipitada e incompleta. Ao aplicar a Regressão Linear Múltipla, controlando o efeito determinante do porte populacional, o suposto benefício fiscal das OSs sobre a folha de pagamento deixou de ser estatisticamente significativo ($p = 0,661$).

Tal achado revela que o gestor municipal não escapa dos limites da LRF meramente pela adoção das OSs: a aparente redução observada nas médias simples é, na verdade, um efeito da escala e da diluição de custos em municípios de grande porte. Portanto, o que se observa é um imperativo estrutural: cidades maiores e mais complexas recorrem às OSs devido à escala urbana e à densidade da demanda, independentemente de sua coloração partidária.

Dessa forma, os dados desta pesquisa refutaram a ideia de uma motivação puramente fiscalista ou oportunista para a adoção do modelo, reforçando que a estrutura administrativa e o porte populacional são os verdadeiros e dominantes condicionantes do arranjo de gestão da saúde pública paulista.

5.9 Análise dos resultados e discussões acerca dos limites da orientação partidária na gestão da saúde pública nos municípios de São Paulo

Os resultados obtidos nesta pesquisa permitem avançar na compreensão sobre os determinantes da adoção e utilização de OSs na gestão da saúde pública dos municípios de São Paulo ao longo do mandato 2021-2024, correlacionando-os à questão partidária e ideológica. O principal achado empírico foi a dominância do Porte Populacional como o fator explicativo mais forte para a adoção e o volume de gastos com OSs. Os testes estatísticos demonstraram:

- Não confirmação da Hipótese I: a orientação partidária do prefeito, analisada isoladamente, não se mostrou um preditor estatisticamente significativo da presença de OSs em nenhum dos quatro anos analisados (2021–2024), indicando a ausência de um efeito ideológico direto e generalizado.
- Não confirmação da Hipótese III: a orientação partidária não apresentou efeito estatisticamente significativo sobre a intensidade de uso das OSs; essa intensidade é regulada pela população e, em menor grau, pela capacidade fiscal própria.

- Confirmação da Hipótese II: a adoção de OSs está associada à escala e à capacidade administrativa, sendo o porte populacional o principal preditor, com *Odds Ratios* significativamente maiores para cidades grandes e megacidades.
- Efeito condicional da ideologia: Embora não se observe efeito ideológico direto, análises de interação indicam que a orientação partidária exerce influência condicional ao porte populacional, manifestando-se em municípios de porte médio, especialmente nos primeiros anos do mandato, nos quais se observa um padrão de polarização entre esquerda e direita.

Embora a pesquisa não tenha como objetivo explicar estratégias eleitorais, os resultados mostram-se compatíveis com interpretações inspiradas nas teorias de Downs, Grofman e Bobbio, sugerindo caminhos analíticos para investigações futuras.

A ausência de efeito ideológico puro dialoga com a lógica do Eleitor Mediano de Downs (1957). Downs teoriza que partidos políticos agem de forma racional para maximizar votos, propondo o modelo de proximidade política, no qual eleitores escolhem candidatos que mais se aproximam de suas preferências num espectro unidimensional esquerda-direita, e os partidos, para maximizar sua votação, movem-se em direção ao eleitor mediano.

No caso da saúde, tema universal e essencial, os resultados empíricos demonstraram que gestores de direita, centro e esquerda não apresentaram diferenças estatisticamente significativas na adoção ou na intensidade de uso das OSs em nenhum dos anos analisados. Esse resultado é superficialmente compatível com a previsão do Eleitor Mediano de Downs (1957), pois os grupos convergiram para práticas semelhantes. Contudo, é preciso avaliar o mecanismo explicativo: enquanto Downs atribui essa semelhança a um cálculo eleitoral estratégico consciente, os dados desta pesquisa sugerem que ela decorre de imperativos estruturais que constroem a ação administrativa independentemente da vontade do gestor. Isso significa que prefeitos não agem de forma semelhante porque buscam o eleitor mediano, mas sim porque o porte e a capacidade fiscal do município deixam pouca margem para escolhas puramente ideológicas.

Grofman (2004), por sua vez, amplia o conceito de Downs para cenários mais complexos ao apresentar a ideia da política espaçada, na qual partidos posicionam-se de forma distinta e estratégica para maximizar seus votos. Desse modo, não necessariamente convergindo ao eleitor mediano, os partidos podem se diferenciar e atrair determinado nicho de eleitores, aumentando seu poder de barganha por se fixar em uma base ideológica definida.

No cenário brasileiro, que é multipartidário, Grofman é relevante. Nesse sentido, a qualificação da Hipótese II que revelou tendência de polarização ideológica em municípios com

população entre 50.001 e 100.000 habitantes nos anos iniciais do mandato, aponta para a possibilidade de que, em municípios médios, onde os constrangimentos estruturais não são extremos, existe maior margem para diferenciação programática, compatível com a lógica da política espaçada de Grofman. Mesmo assim, os resultados indicaram efeito localizado e temporalmente restrito (2021–2022), sugerindo ativação contextual (provavelmente Pandemia da Covid-19) e não padrão estrutural de competição ideológica.

Assim, nos municípios em que os limites estruturais são menores, especialmente na faixa de 50.001 a 100.000 habitantes, a ideologia do prefeito alcançou algum efeito sobre as OSs, o que se mostra compatível com a lógica da política espaçada de Grofman (2004). Nos municípios muito grandes os fatores estruturais predominaram e a relevância da ideologia se reduziu, não porque os gestores convergiram estrategicamente para o centro do eleitorado como prevê Downs (1957), mas porque as restrições de escala e complexidade administrativa deixaram pouca margem para escolhas puramente ideológicas.

A clivagem direita–esquerda, conforme formulada por Bobbio (1995), constitui um dos referenciais centrais desta tese. Para Bobbio, tal distinção reflete posicionamentos historicamente consolidados em torno de valores como igualdade, liberdade e o papel do Estado na vida social, sendo razoável esperar que prefeitos de direita fossem mais propensos a delegar a gestão de serviços públicos a entidades privadas, enquanto prefeitos de esquerda tenderiam a privilegiar a gestão direta pelo Estado. Os dados, contudo, não confirmaram essa clivagem como variável explicativa estatisticamente robusta no nível municipal.

Esse resultado não invalida a formulação de Bobbio, cuja pertinência analítica permanece para compreender posicionamentos na Ciência Política, mas revela um limite importante de sua aplicação no contexto estudado: no nível municipal, os constrangimentos estruturais associados ao porte populacional e à capacidade fiscal parecem se sobrepor à lógica ideológica, reduzindo o espaço para que a clivagem direita–esquerda se expresse na prática administrativa. Tal achado sugere que a ideologia opera com maior nitidez em arenas políticas nas quais os constrangimentos administrativos e estruturais são menos determinantes, como no nível federal ou estadual, abrindo agenda para investigações comparativas entre níveis de governo.

A primazia da estrutura sobre a ideologia encontra respaldo na tradição neoinstitucionalista. Conforme sistematizado por Peters (1999), as diferentes vertentes do neoinstitucionalismo convergem na ideia de que instituições moldam e limitam o comportamento dos atores, ainda que o façam por mecanismos distintos. O porte populacional, embora não seja uma instituição em sentido neoinstitucionalista, opera como variável estrutural

que condiciona o ambiente no qual as decisões são tomadas, atuando não apenas como variável demográfica, mas como *proxy* de complexidade organizacional e escala de demanda de serviços.

Sob a lente do institucionalismo da escolha racional, a ampliação da população altera os incentivos (arrecadação) e os custos de governança (demanda e complexidade), reduzindo o espaço para decisões puramente ideológicas. Do mesmo modo, em municípios pequenos, população e recursos menores caracterizam uma restrição estrutural que impede a prevalência da ideologia. A adoção ou intensificação do uso do modelo de OSs, portanto, pode ser interpretada como resposta estratégica a restrições ou aumento de recursos e a problemas relacionados à coordenação do serviço.

Por sua vez, sob a perspectiva do institucionalismo histórico, o porte populacional e a capacidade fiscal articulam trajetórias administrativas consolidadas, capazes de criar padrões que limitam outras alternativas. Municípios maiores tendem a desenvolver estruturas burocráticas mais complexas e rotinas administrativas mais institucionalizadas, o que reduz a margem para mudanças abruptas baseadas em ideologia. A estrutura, nesse sentido, não apenas condiciona escolhas presentes, mas resulta de processos cumulativos que moldam capacidades estatais ao longo do tempo.

Já o institucionalismo sociológico enfatiza que organizações públicas operam em ambientes nos quais determinadas formas de gestão já se tornaram socialmente legitimadas. Em alguns contextos, como os de maior complexidade organizacional, modelos de OSs podem ser percebidos como soluções apropriadas e profissionalizadas, independentemente da orientação partidária do gestor.

Essa legitimação social do modelo, construída ao longo do tempo, contribui para que a adoção de OSs responda mais a pressões do ambiente institucional do que a preferências ideológicas individuais, o que é consistente com a ausência de efeito ideológico identificada empiricamente nesta pesquisa.

Os resultados obtidos também dialogam de maneira qualificada com a formulação clássica de Paul E. Peterson em *City Limits* (1981). Peterson distingue políticas municipais em três categorias (desenvolvimento, redistributivas e alocativas), argumentando que a autonomia política dos governos locais é limitada devido a sua inserção em um sistema competitivo, no qual capital e contribuintes são móveis.

Portanto, Peterson sustenta que a autonomia política dos governos locais é estruturalmente limitada por sua inserção em um sistema competitivo, no qual municípios disputam entre si a atração por capital e contribuintes. Nesse contexto, decisões municipais

condicionam-se por restrições estruturais, sendo estes fatores limitantes para demonstrações ideológicas. Desse modo, as escolhas pragmáticas passam a ser orientadas pela sustentabilidade fiscal e pela eficiência administrativa.

As evidências empíricas desta pesquisa são compatíveis com a proposição de Peterson: a ideologia do prefeito não constituiu preditor estatisticamente robusto para a adoção ou para a intensidade de uso das OSs, enquanto variáveis como população e capacidade fiscal mostraram-se determinantes em todos os anos analisados. Embora a gestão por OSs não seja estritamente uma política de desenvolvimento, sua difusão e intensidade respondem a imperativos funcionais semelhantes aos descritos por Peterson (tais como necessidade de eficiência administrativa, ampliação de capacidade operacional e adequação às restrições fiscais), fato que reduz a carga ideológica da decisão, sobretudo em municípios onde os imperativos estruturais são mais rígidos.

Nesse ponto, a pesquisa converge com os resultados de Carvalho (2020), que demonstrou que instrumentos classificados como políticas de desenvolvimento urbano (PPPs e OCUs) são explicadas predominantemente por variáveis estruturais e não pela orientação ideológica do prefeito. Todavia, diferentemente das PPPs e OCUs, as OSs inserem-se no campo da política social, de forma que sua natureza não pode ser classificada como intrinsecamente desenvolvimentista. O que os resultados sugerem é que, no contexto municipal a lógica estrutural tende a prevalecer sobre a ideologia quando os constrangimentos de escala e capacidade fiscal são suficientemente intensos. A presença de efeito ideológico apenas em faixas populacionais específicas e nos anos iniciais do mandato reforça essa interpretação: justamente quando as restrições estruturais são menos rígidas que alguma margem para diferenciação ideológica pode emergir, sendo consistente com a lógica de Peterson.

Por fim, importante mencionar a Teoria dos Regimes Urbanos de Stone (1989, 1993). Segundo Stone (1989, 1993), a capacidade de governar no nível local decorre da articulação de coalizões que combinam recursos públicos e privados. Municípios enfrentam demandas complexas e restrições orçamentárias que ultrapassam a capacidade administrativa interna do governo. Assim, buscam por arranjos colaborativos não como escolha ideológica, mas como estratégia de governança orientada pela necessidade de ampliar capacidades.

A gestão por OSs pode ser interpretada, sob essa lente, como mecanismo de ampliação da capacidade governativa: o poder público municipal recorre a entidades privadas sem fins lucrativos para mobilizar recursos organizacionais, técnicos e gerenciais que não dispõe internamente. O fato de a ideologia não se mostrar preditiva reforça a hipótese de que a estrutura de recursos e a necessidade de governabilidade prevalecem sobre preferências partidárias.

Em síntese, os resultados da pesquisa indicam que a ideologia é secundária frente aos imperativos estruturais em todo o período de mandato (2021-2024). No nível municipal, as condições estruturais, como porte populacional, capacidade fiscal e complexidade administrativa, constroem de forma determinante as escolhas dos gestores, reduzindo o espaço para a expressão de preferências ideológicas puras.

O efeito condicional da ideologia, observado especialmente nos municípios de porte médio e nos anos iniciais do mandato, sugere que momentos de menor pressão estrutural ou de crise (Pandemia da Covid-19) podem ampliar temporariamente a margem para diferenciação ideológica. Nessa conjuntura excepcional, prefeitos podem ter mobilizado suas orientações ideológicas como critério adicional de decisão, especialmente onde as limitações estruturais são menos rígidas. Ainda assim, esse efeito não se mostrou dominante nem duradouro.

5.10 Considerações finais

O capítulo investigou a influência da orientação partidária dos prefeitos na adoção e intensidade de uso de OSs para a gestão da saúde pública em municípios do estado de São Paulo no período de 2021 a 2024. Utilizando modelos econométricos robustos como Regressão Logística Penalizada (LASSO e Firth), Regressão Linear Múltipla com Erros Robustos e Análise de Interação, a análise empírica demonstrou que a orientação partidária, isoladamente, não constitui fator determinante para a gestão por OSs, resultando na refutação das hipóteses de clivagem ideológica pura (HI) e da influência ideológica sobre o gasto (HIII).

Os dados confirmaram a Hipótese II, indicando maior poder explicativo das variáveis estruturais no período analisado. O porte populacional se consolidou como o preditor mais forte da adoção do modelo de OSs, com municípios grandes apresentando probabilidade significativamente maior de implementação, independentemente da orientação partidária do prefeito⁵¹.

Quanto à utilização das OSs (HIII), materializada pelo volume de gastos, os fatores determinantes encontrados foram população absoluta e capacidade fiscal, reforçando que o uso do modelo responde à escala e à disponibilidade orçamentária e financeira e não à ideologia. Embora a análise descritiva tenha revelado que municípios governados por prefeito de Direita

⁵¹ Cabe esclarecer que os coeficientes obtidos pelo LASSO são reduzidos pela penalização; portanto, sua magnitude deve ser interpretada como confirmação da seleção de variáveis e não como medida precisa do efeito. O modelo não penalizado, por sua vez, indica a magnitude real, com odds ratios muito elevados em grandes municípios em função das categorias extremas.

concentraram a maior média de gastos, essa diferença não se mostrou estatisticamente sustentável. Tal concentração se deve ao fato de que os municípios maiores e mais ricos, que por necessidade estrutural representam os que mais gastam, são majoritariamente governados por prefeitos de direita, de forma que a aparente associação entre ideologia e volume de gastos é, na verdade, um reflexo do porte populacional.

A análise não se limitou a identificar os preditores da adoção e intensidade de uso, mas também buscou qualificar o motivo por trás da escolha pragmática, investigando o que o modelo de OSs representa em termos de alocação de recursos. Os testes complementares realizados para 2021 indicaram uma correlação bruta entre a presença de OSs e indicadores de contenção fiscal e eficiência de custos.

O teste *t* de Welch revelou que municípios com OSs apresentaram percentual significativamente menor de comprometimento de recursos com pessoal e encargos sociais em comparação com municípios sem OSs, bem como menor despesa total de saúde por habitante. Inicialmente, esses achados sugeririam que o modelo gerencial se manifesta como estratégia de eficiência e contenção fiscal.

Contudo, a Regressão Linear Múltipla não sustentou essa interpretação: ao controlar o porte populacional, demonstrou-se que a menor despesa per capita é um efeito de escala, ou seja, da diluição de custos por grandes populações, e não um efeito direto da presença de OSs. Mais ainda, após o controle do porte, municípios com OSs passaram a apresentar despesa *per capita* significativamente superior aos municípios de porte equivalente sem OSs, invertendo a relação observada na análise bruta.

Da mesma forma, a redução no comprometimento com pessoal não se sustentou após o controle populacional, indicando que a presença de OSs, isoladamente, não produz redução de gastos com pessoal quando o porte é controlado. Esses resultados indicam que as associações observadas na análise descritiva decorrem predominantemente de efeitos estruturais de escala e não de um efeito causal das OSs sobre a eficiência fiscal.

Mesmo a ideologia não se mostrando um fator preditivo isolado, o estudo encontrou um efeito condicionado em cidades de médio porte, especialmente na faixa de 50.001 a 100.000 habitantes, onde os constrangimentos estruturais são menos rígidos e a autonomia do gestor é maior. Contudo, a análise ano a ano revelou que o efeito condicionado da orientação partidária foi observado apenas nos anos iniciais do mandato (2021–2022), coincidentes com o contexto pandêmico. Esse achado sugere que o efeito ideológico, quando presente, é episódico e contextualmente condicionado, e não um padrão estrutural de diferenciação partidária.

Por fim, as análises complementares de Spearman indicaram um aumento da heterogeneidade na distribuição de recursos ao longo do tempo, com enfraquecimento progressivo da associação entre porte populacional e gastos com OSs, sem alterar as conclusões inferenciais anteriores.

Os achados mostraram que a relevância ideológica presente no debate inicial sobre as OSs, apontada por Schmidt (2011), não prevaleceu no mandato iniciado no ano de 2021 nos municípios paulistas. Esta pesquisa, ao se concentrar na prática cotidiana da gestão pública, demonstrou que a realidade demográfica e a complexidade administrativa e política são capazes de superar o alinhamento ideológico frente à tomada de decisões. Isso indica que, apesar da ideologia ter sido fundamental na elaboração das leis, o contexto prático e as necessidades locais dos municípios têm um papel mais significativo na aplicação do modelo de OSs.

6 CONCLUSÃO

Este estudo teve como objetivo analisar se a orientação partidária do chefe do Executivo municipal é capaz de influenciar a forma de gestão da saúde pública, especificamente na adoção e na intensidade de uso do modelo de gestão por OSs ao longo do mandato de 2021-2024. Com fundamento na clivagem direita–esquerda formulada por Bobbio (1995) e na trajetória histórica de criação do modelo, associada à agenda gerencialista da Reforma do Estado dos anos 1990, a investigação partiu da expectativa de que partidos posicionados à direita tenderiam a apresentar maior propensão à adoção de modelos gerenciais como as OSs, enquanto partidos de esquerda tenderiam a priorizar a prestação direta de serviços pelo Estado.

Para testar tal premissa foram estabelecidas três hipóteses principais :

I) a orientação partidária dos prefeitos está associada de forma estatisticamente significativa à adoção de OSs nos municípios paulistas, sendo esse resultado consistente com a existência de uma clivagem ideológica na gestão da saúde;

II) a adoção de OSs é predominantemente explicada por fatores estruturais e pragmáticos, como porte populacional e capacidade fiscal, reduzindo o peso da orientação partidária nas escolhas de gestão municipal;

III) a orientação partidária dos prefeitos está associada à intensidade de uso das OSs, mensurada pelo volume de recursos financeiros repassados a essas entidades (valor absoluto);

A fundamentação teórica demonstrou que a criação das OSs foi um dos pilares centrais da Reforma da Administração Pública no Brasil, implementada a partir da década de 1990. O modelo foi desenhado por Bresser-Pereira e acolhido por Fernando Henrique Cardoso, por meio da edição da Medida Provisória nº 1.591, de 26 de outubro de 1997, que fora convertida, meses depois, na Lei nº 9.637, em 15 de maio de 1998. A referida Lei dispôs sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como OS, sobre o Programa Nacional de publicização, bem como sobre a extinção de órgãos públicos que passariam a ser geridos pelas OS. Qualificada como OS, a entidade se tornaria de interesse social e utilidade pública, podendo, por esta razão, receber recursos e bens públicos que passariam a ser geridos segundo regras flexibilizadas do direito privado.

O resgate histórico evidenciou que a implementação das OS no campo da saúde pública representou a consolidação de uma agenda gerencialista associada à ampliação de mecanismos de gestão indireta e de flexibilização administrativa. No contexto de redefinição da amplitude do papel estatal, impulsionada pela promulgação da CF/88 e pela regulamentação do SUS, as Organizações Sociais de Saúde (OSs) emergiram como um mecanismo controverso frente ao

projeto de seguridade social instituído pela Constituição Federal de 1988. Enquanto a Carta Constitucional fora erigida sob a filosofia de Estado de Bem-Estar Social, estabelecendo a saúde como um direito universal e responsabilidade primordial e direta do Estado, a introdução das OSs acabou por seguir em direção diversa àquela premissa.

Visando solidificar a base argumentativa, o primeiro capítulo dedicou-se a realizar uma análise da evolução histórica do Estado Brasileiro. Ao traçar a evolução desde o patrimonialismo até o gerencialismo, percebeu-se que as formas de administração nunca foram neutras, tampouco livres de conservadorismo. Demonstrou-se que a transição para a Administração Gerencial foi mais que um ajuste técnico à ineficiência burocrática: representou uma resposta ideológica à crise do Estado desenvolvimentista, fato que justificou a flexibilização do papel do Estado. O capítulo proporcionou, ainda, a compreensão da relação entre a implantação do modelo de OSs e o neoliberalismo.

Por sua vez, o capítulo II forneceu o contexto social e histórico da exclusão ao direito à saúde. O resgate da trajetória desde as Santas Casas até a consolidação da cidadania regulada com os IAPs e o INAMPS evidenciou que, por longo tempo, o acesso à assistência médica atrelava-se à caridade ou à condição de trabalhador formal e não à condição de cidadão. O capítulo ainda demonstrou a força do modelo assistencialista privatista a partir da década de 1960, com a atuação do Estado como importante comprador de serviços privados em saúde.

O histórico de exclusão e privatização da saúde no Brasil gerou o movimento que clamava pela Reforma Sanitária, o qual muito influenciou a atuação da constituinte de 1987. O capítulo III trouxe a materialização do direito universal à saúde e o contexto político da sua criação. Ao analisar os debates da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio ambiente atuante na Assembleia Nacional Constituinte, o capítulo evidenciou que o novo paradigma da saúde como direito universal e dever do Estado representou uma conquista progressista que rompia com o modelo excludente. Contudo, também foi possível perceber que, embora a Constituinte tenha consagrado a universalidade e o fortalecimento do setor público, ela não eliminou a possibilidade de participação do setor privado na saúde pública, sendo este aspecto intensamente discutido durante as reuniões da subcomissão.

Por fim, o capítulo IV realizou a conexão conceitual fundamental desta Tese, ao apresentar o modelo de OSs como a expressão materializada do gerencialismo na saúde. O capítulo revelou a forte aderência das OSs ao projeto de redução do escopo estatal, fortalecendo a base para a análise empírica subsequente.

Os capítulos evidenciaram que a escolha pelo modelo de gestão de saúde por OSs carrega consigo uma carga ideológica historicamente constituída. Assim sendo, o Capítulo V

destinou-se a testar empiricamente se, após mais de duas décadas de implementação da reforma do Estado, ainda é possível perceber a força da ideologia nas escolhas de gestão municipal ao longo do quadriênio de mandato.

Para investigar a pertinência dessa clivagem ideológica na prática de gestão, adotou-se uma metodologia quantitativa concentrada nos 645 municípios do estado de São Paulo, no período de 2021 a 2024. Foram realizadas análises transversais independentes para cada exercício fiscal do mandato. A opção por análises transversais independentes para cada exercício permitiu examinar não apenas os preditores da adoção em um momento isolado, mas a recorrência e a estabilidade desses fatores ao longo do tempo, aspecto fundamental para distinguir efeitos estruturais persistentes e variações conjunturais.

A análise empírica envolveu a coleta e o tratamento de dados secundários provenientes de fontes oficiais como o Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (TCE/SP), Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Tribunal Superior Eleitoral (TSE). A orientação partidária do prefeito foi definida como variável independente (*proxy* da ideologia), categorizada em Esquerda, Centro e Direita. Foram utilizadas duas variáveis dependentes: a presença ou ausência de OSs, operacionalizada de forma dicotômica para a análise de adoção, e o volume de gastos com essas entidades, utilizado como *proxy* da intensidade de uso do modelo.

Para isolar o efeito ideológico, controlando os demais determinantes, empregou-se um desenho metodológico robusto, centrado em modelos de regressão múltipla. Para a análise de adoção, utilizou-se a Regressão Logística em três variações: convencional, penalizada pelo método de Firth, indicada para situações de separação quase-perfeita e desequilíbrio amostral, e com regularização LASSO, a qual permitiu a seleção automática das variáveis mais relevantes mediante penalização dos coeficientes irrelevantes. Para a análise da intensidade de gastos, empregou-se a Regressão Linear Múltipla com erros padrão robustos do tipo HC3, garantindo inferências confiáveis diante da heterocedasticidade observada na distribuição dos gastos.

Complementarmente, aplicou-se a análise de interação para investigar possíveis efeitos contingentes da ideologia em diferentes contextos estruturais, além do teste t de Welch e da correlação de Spearman para diagnósticos descritivos. Todos os modelos foram controlados por fatores estruturais e fiscais, notadamente o porte populacional, a capacidade fiscal própria e o investimento em saúde (ASPS), assegurando a validade inferencial dos achados e permitindo isolar o efeito específico da orientação partidária das demais variáveis explicativas.

Com relação às hipóteses levantadas, a Hipótese I (clivagem ideológica pura) não foi confirmada. Em nenhum dos quatro anos analisados a ideologia do prefeito apresentou efeito

estatisticamente significativo sobre a probabilidade de adoção, seja nos modelos simples, seja nos multivariados. O fator dominante para a presença de OSs foi o porte populacional, seguido pela capacidade fiscal própria, representada pela arrecadação de impostos próprios e pela baixa dependência de repasses estaduais e federais, e pelo esforço de investimento em saúde (Índice ASPS). Esses preditores mantiveram-se estáveis ao longo de todo o quadriênio, evidenciando que a predominância dos fatores estruturais não foi circunstancial, mas sistemática⁵².

O porte populacional, preditor mais forte e consistente, demonstrou que quanto maior o município, maior a probabilidade de adotar OSs, efeito que cresce de forma expressiva nas faixas superiores (megacidades). A lógica subjacente é a de escala: municípios maiores enfrentam uma rede de saúde mais complexa, com maior volume de demanda, mais unidades a gerenciar e maior dificuldade de coordenação administrativa direta. Nesse contexto, a gestão por OSs emerge como resposta funcional à complexidade, o que explica por que esse preditor se manteve consistente, independentemente da orientação partidária do prefeito.

A capacidade fiscal própria, segundo preditor de adoção de OSs, representa o quanto o município consegue arrecadar com seus próprios impostos, sem depender de repasses federais e estaduais. Municípios com maior autonomia tributária possuem mais recursos disponíveis para sustentar contratos de gestão com OSs, os quais envolvem repasses financeiros significativos e contínuos. Em contrapartida, municípios com baixa arrecadação própria e muito dependentes de transferências externas apresentam menor margem financeira e orçamentária para assumir esses contratos de gestão, sendo esta uma barreira estrutural à adoção.

O Índice ASPS, que mede o percentual da Receita Corrente Líquida destinado às Ações e Serviços Públicos de Saúde, configurou-se como preditor consistente, ainda que de menor magnitude. Municípios que destinam proporções maiores de seus recursos à saúde tendem a apresentar maior probabilidade de adotar OSs, comportamento que sugere que a adoção do modelo está associada não apenas à capacidade fiscal geral, mas também ao comprometimento específico com o investimento em saúde.

Diante da ausência de efeito ideológico direto, foram estimados modelos com termos de interação para investigar a possibilidade de efeitos condicionais. Os resultados indicaram que a orientação partidária não atua como determinante geral da adoção, mas apresenta indícios de comportamento contingente ao porte populacional: a ideologia manifestou-se de forma mais expressiva e polarizada na faixa de 50.001 a 100.000 habitantes, especialmente nos anos iniciais

⁵² A categoria ideológica Esquerda corresponde a 43 municípios na amostra. Embora suficiente para estimação, essa concentração pode reduzir o poder estatístico para detecção de efeitos de menor magnitude. Assim, a ausência de significância deve ser interpretada como ausência de evidência robusta nas especificações adotadas.

do mandato (2021–2022), coincidentes com o contexto pandêmico. Municípios dessa faixa combinam robustez orçamentária e financeira suficientes para sustentar contratos de gestão sem que a pressão técnica das grandes cidades torne a adoção compulsória, de forma a preservar algum espaço para que a orientação política do gestor influencie a decisão. Contudo, essas evidências não se mostraram estatisticamente robustas em todas as especificações estimadas, de modo que a ideologia deve ser caracterizada não como preditor universal, mas como variável contingente, cujo espaço de expressão encontra-se estruturalmente delimitado.

Em síntese, a análise transversal do mandato 2021–2024 confirmou que os preditores da adoção do modelo de gestão por OSs nos municípios paulistas (HI) foram, invariavelmente, o porte populacional, a capacidade fiscal própria e o esforço de investimento em saúde (Índice ASPS). A ideologia, por sua vez, não se manifestou de forma pura no quadriênio, mas de maneira condicionada, restrita a contextos estruturais específicos e temporalmente limitada aos anos iniciais do mandato.

A Hipótese II foi confirmada: a adoção de OSs é predominantemente explicada por fatores estruturais e pragmáticos, e não pela orientação partidária do gestor. O porte populacional operou como preditor dominante nos dois extremos da distribuição municipal, ainda que por mecanismos distintos: nas megacidades, a complexidade administrativa e a escala de demanda tornaram a adoção quase inevitável, enquanto nos municípios de até 10 mil habitantes, a escassez de recursos administrativos e fiscais funcionou como barreira estrutural. Capacidade fiscal própria e o Índice ASPS complementaram esse quadro, confirmando que municípios com maior autonomia tributária e maior comprometimento orçamentário com a saúde apresentaram maior propensão à adoção, independentemente da orientação partidária de quem os governa.

A Hipótese III não foi confirmada. Os resultados da Regressão Linear Múltipla, estimada com erros robustos (HC3), demonstraram que a ideologia não apresentou efeito estatisticamente significativo sobre o volume de gastos com OSs. A intensidade de uso do modelo relacionou-se primariamente ao porte populacional e à capacidade fiscal própria, reforçando que a lógica estrutural que determina a adoção também governa a escala dos recursos empregados.

Muito embora a análise descritiva tenha revelado que municípios com prefeitos de Direita concentraram a maior média de gastos, essa diferença não se sustentou após o controle das variáveis estruturais. Como os municípios maiores e mais ricos de São Paulo, que por necessidade estrutural são os que mais gastam com OSs, são, majoritariamente, governados por prefeitos de direita, a aparente associação entre ideologia e volume de gastos foi, na verdade,

um reflexo do porte populacional e não uma expressão de preferência partidária, o que foi confirmado pela Regressão Linear Múltipla.

O conjunto de achados reforça a conclusão central desta tese: a adoção e a intensidade de uso das OSs nos municípios paulistas respondem, predominantemente, a uma lógica estrutural e pragmática e não a uma clivagem ideológica.

Na prática administrativa dos municípios paulistas, a gestão da saúde pública obedece primordialmente a uma lógica de necessidade e não de escolha ideológica. Prefeitos de direita, centro e esquerda, quando confrontados com as mesmas condições estruturais (o tamanho do município, a capacidade fiscal e a complexidade da rede de saúde), tendem a tomar decisões semelhantes sobre a adoção e o uso das OSs. Isso ocorre porque a estrutura condiciona e, em certa medida, determina o campo do possível.

Esta tese avança para além de responder se a orientação partidária importa ou não. Ao estabelecer empiricamente a distinção entre a adoção (decisão política) e o volume de gastos (como expressão da intensidade de uso), bem como ao identificar as condições estruturais sob as quais a ideologia encontra maior ou menor margem de manifestação, a pesquisa oferece uma contribuição analítica mais sofisticada do que a simples confirmação ou refutação de uma clivagem ideológica pura.

Do ponto de vista da gestão pública, os resultados oferecem subsídios para o planejamento administrativo municipal. A decisão de adotar o modelo de gestão por OSs deve considerar o porte e a capacidade administrativa do município primariamente à orientação programática do gestor. Municípios de médio porte, em particular, apresentam condições intermediárias nas quais tanto fatores estruturais quanto escolhas políticas podem influenciar a decisão, tornando esse estrato especialmente relevante para políticas de difusão e regulação do modelo, bem como para pesquisa qualitativas, capazes de captar as motivações, intenções e cálculos políticos que subsidiam as decisões de gestão.

Esta pesquisa apresenta limitações que devem ser reconhecidas. A maior delas reside na restrição da amostra aos 645 municípios do estado de São Paulo, fato que limita a generalização direta dos resultados para o contexto nacional, dado o nível de desenvolvimento fiscal e a singularidade do sistema de saúde paulista. Ademais, a concentração reduzida de municípios com prefeitos de esquerda na amostra pode ter reduzido o poder estatístico para a detecção de efeitos de menor magnitude.

Como agenda futura, recomenda-se a replicação deste modelo em outras unidades da federação para verificar se o padrão identificado (predominância estrutural com efeito ideológico condicionado e episódico) se reproduz em contextos regionais distintos. Estudos

futuros poderiam, ainda, investigar como crises sistêmicas ou emergenciais modulam a relevância da ideologia partidária em decisões de gestão da saúde pública, especialmente em municípios de porte médio, nos quais a margem para decisões políticas é maior. A incorporação de abordagens qualitativas permitiria, também, a compreensão dos mecanismos e das motivações que atravessam as escolhas de gestão, avançando para além do que esta análise quantitativa foi capaz de revelar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACUÑA, C; SMITH, W. La economia política del ajuste estructural: la logica de Apoyo y oposicion a las reformas neoliberais. **Desarrollo Económico**, v. 36, n.141, 1996
- ADORNO, S. **Os aprendizes do poder: o bacharelismo liberal na política brasileira**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988
- ALEXANDRINO, M.; PAULO, V. **Direito Administrativo Descomplicado**. 29. Ed. Rev. ampli. Atual. Rio de Janeiro: Forense; Método, 2021
- ANDRADE, L. O. M. *et al.* Política de Saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Epidemiologia & Saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2018.
- ANDREAZZI, M. F. S.; BRAVO, M. I. S. Privatização da gestão e Organizações sociais na atenção à saúde. **Trab. Educ, Saúde**, v.12, n. 3, p. 499-518, 2014
- ANDREWS, C; BARIANI, E. **Administração pública no Brasil: breve história política**. São Paulo: Editora Unifesp, 2010
- ANTUNES, D. J. N. O Brasil dos anos 90: um balanço. **Leituras de Economia Política**, v. 9, p. 63-89, 2001
- BANCO MUNDIAL. **Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial – O desafio do desenvolvimento**. Banco Mundial: Washington, 1991. Disponível em <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentlist>. Acesso em 30 de agosto de 2023
- _____. **Governance and Development**. Banco Mundial: Washington, 1992. Disponível em <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/604951468739447676/governance-and-development>. Acesso em 30 de agosto de 2023.
- BANDEIRA DE MELLO, C. A. **Curso de Direito Administrativo**. 30. Ed. Rev. E Atual. São Paulo: Malheiros, 2013
- BAPTISTA, T. W. de F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: *Matta, Gustavo Corrêa; Pontes, Ana Lúcia de Moura. Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2007. p.29-60.*
- BATISTA, N. C. A formação do Estado Nacional Brasileiro: implicações para a gestão das políticas públicas educacionais. **Eccos – Revista Científica**, v. 9, n. 2, p. 387-408, 2007
- BATISTA, P. N. O consenso de Washington: a visão neoliberal dos problemas latinoamericanos. In: BATISTA, P. N. et al. **Em defesa do interesse nacional: desinformação e alienação do patrimônio público**. 3ª ed. São Paulo, Paz e Terra, 1995.
- BERTIOLLI FILHO, C. **História da Saúde Pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 2011.

BODRA, M. E. F. do A.; DALLARI, S. G. A Saúde e a iniciativa privada na Constituição Federal de 1988: princípios jurídicos. **Revista do Direito Sanitário**, v. 23, n. 3, p. 240-260, 2019

BRASIL. **Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília: Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1995

_____. **A Reforma do Estado nos anos 90: lógica e mecanismos de controle**. Cadernos MARE, Brasília, n. 1, 1997

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; MENEZES, J S. B. de. A Saúde nos governos Temer e Bolsonaro: Lutas e resistências. **SER Social**, v. 22, n. 46, p. 191–209, 2020

BRAVO, M. I. S. Desafios atuais do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS). **Serviço Social & Sociedade**, n. 88, 2006.

BRESSER-PEREIRA, L. C. A Reforma do Estado nos anos 90: Lógica e mecanismos de controle. **Lua Nova**, v. 45, 1998

_____. **As Organizações Sociais**. Folha de São Paulo, 22 de Maio de 1995

_____. Burocracia pública e classes dirigentes no Brasil. **Revista Sociologia Política**, v. 28, p. 9-30, 2007

_____. **Crise econômica e reforma do Estado no Brasil: para uma nova interpretação da América Latina**. São Paulo: Editora 34, 1996

_____. Da administração pública burocrática à gerencial. In: BRESSER-PEREIRA, L. C.; SPINK, P. K. (Org) **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998.

_____. Democracia, Estado Social e Reforma Gerencial. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 112-116, jan/mar 2010

_____. Do Estado Patrimonial ao Gerencial. In: PINHEIRO, P. S; WILHEIM, J.; SACHS, I. (org). **Brasil: Um século de transformações**. São Paulo: Cia das Letras, 2001

_____. O modelo estrutural de gerência pública. **Revista de Administração Pública**, v. 42, n. 2, p. 391-410, 2008

_____. State reform in the 1990s, logic and control mechanisms. In: BURLAMAQUI, L.; CASTRO, A. C.; CHANG, Ha-Joon. (Eds) **Institutions and the role of the State**. Cheltenham: Edward Elgar, v. 1, p. 175-219, 2000

_____. Reforma Gerencial e legitimação do Estado-social. **Revista de Administração Pública**, v. 51, n. 1, p. 147-156, 2017

BONAVIDES, P. **Do Estado Liberal ao Estado Social**. 7. Ed. São Paulo: Malheiros, 2001.

BOBBIO, N. **A Era dos Direitos**. Rio de Janeiro: Campos, 1992

BOBBIO, N. **Direita e Esquerda**: razões e significados de uma distinção política. São Paulo: UNESP, 1995

BOLOGNESI, B. Organização Partidária: modelos de análise e novas agendas. **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais**, v. 95, p. 161-191, 2020

BOLOGNESI, B; RIBEIRO, E; COMODATO, A. Uma Nova Classificação Ideológica dos Partidos Políticos Brasileiros. **DADOS**, Rio de Janeiro, vol.66, N. 2, p. 1-29, 2023

BUSS, P. M. Saúde e Desigualdade: o caso do Brasil. In BUSS, P. M.; LABRA, M. E. (org) **Sistemas de Saúde**: Continuidades e mudanças. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Fiocruz. P. 61-101, 1995

CABRAL NETO. A. **Gerencialismo e gestão educacional**: cenários, princípios e estratégias. In: FRANÇA, Magna e BEZERRA, Maura Costa (orgs.). Política educacional: gestão e qualidade de ensino. Brasília, Liber Livro, 2009

CARNEIRO, J.D.B et al. Coalizão partidária, aporte financeiro e desempenho da assistência médica e odontológica em duas regiões de saúde brasileiras. . **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n.2, 2022

CARVALHO, J. M. de. **A construção da ordem**: a elite política imperial. Brasília: UNB, 1981

CARVALHO, J. M. de. **Cidadania no Brasil**: o longo caminho. 21. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.

CARVALHO, M. C. de. A formação do Estado burguês no Brasil. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos da UFSC**, v.8, n.2, ago-dez de 2011

CARVALHO, N. R. de. Does politics still matter? neoliberalization processes, party government and new patterns of urban politics in Brazilian local governments. **Teoria & Pesquisa: Revista de Ciência Política**, São Carlos, v. 29, n. 1, p. 5-32, 2020.

CEPÊDA, V. A. Contexto político e crítica à democracia liberal: a proposta de representação classista na Constituinte de 1934. In: MOTA, C. G.; SALINAS, N. S. C. (coord). **Os juristas na formação do Estado-Nação Brasileiro**: 1930 – dias atuais. São Paulo: Saraiva, 2014

COHN, A. A questão social no Brasil: a difícil construção da cidadania. In: MOTA, C. G. (Org.) **Viagem incompleta**: a grande transição. 2.ed. São Paulo: SENAC, 2000

COHN, A. Por onde anda a reforma sanitária? **Teoria e Debate**, v. 14, n. 48, p. 10-14, 2001

CONASS. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011

COSTA, L. N. F. O lobby da saúde na Constituinte 87-88: uma análise das estratégias organizativas. **Revista Estudos Políticos**, v. 11, n. 22, p. 82-107, 2020

COSTA E SILVA, C M. *et al.* Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. Rio de Janeiro, **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 15, n. 5, p. 2539-2550, 2010

COX, G. W; McCUBBINS, M. D. **Legislative Leviathan**: party government in the House. 2. Ed. Berkeley, University of California Press, 1997.

DAHL, R. **Poliarquia**: participação e oposição. São Paulo: EDUSP, 1997

DARDOT, P; LAVAL, C. **A nova razão do mundo**: ensaios sobre a sociedade neoliberal. Tradução de Mariana Echalar. São Paulo: Boitempo, 2016

DASSO JÚNIOR, A. E. **O déficit democrático da reforma ultraliberal do Estado brasileiro**. In XI Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma de Estado y de la Administración Pública, Ciudad de Guatemala, 7 a 10 novembro, 2006. Disponível em https://biblioteca.inap.gob.ar/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=10498&shelfbrowse_itemnumber=10496. Acesso em 27 de setembro de 2023.

DEITOS, R. A. O liberalismo social-democrata e a Reforma do Estado brasileiro. **Perspectiva**, v. 30, n. 1, p. 199-229, 2012

DI PIETRO, M. S. Z. **Direito Administrativo**. 35. ed. rev., atual. e ampl. Rio de Janeiro: Forense, 2020

DINIZ, E. Globalização, reforma do estado e teoria democrática contemporânea. **São Paulo em perspectiva**, v. 15, n. 4, p. 14-22, 2001

DOWNS, A. An economic theory of political action in a democracy. **Journal of Political Economy**, v. 65, n. 2, p. 135-150, 1957.

DOWNS, A. **Uma teoria econômica da democracia**. São Paulo: EDUSP, 1999

ESCOREL, S; NASCIMENTO, D. R, do; EDLER, F. C. As origens da Reforma Sanitária e do Sus. In: LIMA, N. T. *et al* (org) **Saúde e Democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

ESCOREL, S. *Reviravolta na saúde*: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1999

FAORO, R. **Os donos do poder**: formação do patronato político brasileiro. 3. Ed. Rio de Janeiro: Globo, 2001

FERNANDES, F. **A Revolução Burguesa no Brasil**: ensaios de interpretação sociológica. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1976

FERNANDES, R. C. **Privado porém público: o Terceiro Setor na América Latina**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994

FERNANDEZ, R. G. A Crise do Trabalho Escravo e a Transição para o Trabalho Livre. In: REGO, J. M.; MARQUES, R. M. (org). **Formação Econômica do Brasil**. São Paulo: Saraiva, 2011

FERREIRA JR., W. C. **Gerenciamento de Hospitais estaduais paulistas**: estudo comparativo entre a administração direta e as organizações sociais de saúde. Dissertação (mestrado). Escola de Administração de Empresas de São Paulo, 2004

FIORI, J. L. O capitalismo e suas vias de desenvolvimento. In: HADDAD, F. (org.) **Desorganizando o Consenso**: nove entrevistas com intelectuais à esquerda. Petrópolis: Vozes, 1998.

FONSECA, J. M.; LIMA, S. M. L; TEIXEIRA, M. Expressões da precarização do trabalho nas regras do jogo: Organizações Sociais na Atenção Primária do município do Rio. **Saúde em Debate**, n. 45, v. 130, p. 590-602, 2021

FONTOURA, L. H. Reformar à esquerda: a administração pública gerencial em prefeituras petistas. **Revista de Administração Pública**, v. 52, n. 5, p. 986-996, 2018

FORTES, P. A. C. SUS, um sistema fundado na solidariedade e na equidade, e seus desafios. **Vida Pastoral**, v. 52, n. 276, p. 22-27, 2011

GALVÃO, M. A.M. **Origem das Políticas de Saúde Pública no Brasil**: do Brasil-Colônia a 1930. Ouro Preto, SP: Caderno de Textos do Departamento de Ciências Médicas da Escola de Farmácia da Universidade Federal de Ouro Preto, p. 1-33, 2009.

GERRING, J.. Ideology: A Definitional Analysis. **Political Research Quarterly**, v. 50, n. 4, p. 957-994, 1997

GERSCHMAN, S. *A democracia inconclusa*: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2004

GOMES, M. A. **Equidade e universalidade do direito a saúde**: Representação de interesses no congresso nacional 1987/1990. Dissertação (mestrado). Universidade Nacional de Brasília, 1996.

GROFMAN, B. Downs and Two-Party Convergence. **Annu. Rev. Polit. Sci.**, v. 7, p. 25-46, 2004

HALL, P. A.; TAYLOR, R. C. R. As três versões do neo-institucionalismo. **Lua Nova**, n. 58, p. 193-223, 2003.

HARVEY, D. **O Neoliberalismo**: histórias e implicações. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2011

HOCHMAN, G. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). **Educar**, n. 25, p. 127-141, 2005

HOOD, C. A public management for all seasons? **Public Administration Review**, v. 69, n. 1, p. 3-19, 1991

IANNI, O. **A ideia de Brasil Moderno**. São Paulo: Brasiliense, 1992

IMMERGUT, E. M. As regras do jogo: a lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, n. 30, p. 139-165, 1996

KAUFMAN, R. R. A política de reforma do Estado: um exame de abordagens teóricas. **Revista do serviço pública**, v. 49, n. 1, p. 43-69, 1998

KNIGHT, K. Transformations of the Concept of Ideology in the Twentieth Century. **American Political Science Review**, v. 100, n. 04, p. 619-626, 2006

KNUTSEN, O. The partisan and value based component of the left-right self-placement: comparative study. **International Political Science Review**, v. 18, n. 2, p. 191-225, 1997.

KRÜGER, T. R.; REIS, C. Organizações Sociais e a gestão de serviços do SUS. **Serv. Soc. Soc.**, n. 135, p. 271-289, 2019

LACERDA, A.D.F. O PT e a unidade partidária como problema. **Dados**, v. 45, n.1, 2002

LIMA, N. T; FONSECA, C. M. O; HOCHMAN, G. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. *In*: LIMA, N. T. *et al* (org) **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005

LIMONGI, F. O novo institucionalismo e os estudos legislativos: a literatura norte-americana recente. **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais (BIB)**, n. 37, p. 3-38, 1994

LIRA, E. Alinhamento partidário e oferta de políticas públicas no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 57, n. 1, 2023

LOBATO, L. V. C. Políticas sociais e modelos de bem-estar social: fragilidades do caso brasileira. **Saúde Debate**, v. 40, número especial, p. 87-97, 2016

LOPES, L. A. Future-se: elucidando mais uma tentativa de privatização das universidades públicas brasileira. **Educação em Revista**, v. 38, p. 1-23, 2022

LORDELLO DE MELLO, D. Descentralização, papel dos governos locais no processo de desenvolvimento nacional e recursos financeiros necessários para que os governos locais possam cumprir seus papéis. **Revista de Administração Pública**, v. 25. n. 4. p. 199-217, 1991

MALAN, P. S. O Brasil na primeira década do século XXI – perspectivas do desenvolvimento com estabilidade. *In*: BIELSCHOWSKY, R; MUSSI, C. **Políticas para a retomada do crescimento: reflexões de economistas brasileiros**. Brasília: IPEA, 2002

MALTA, D. C; SANTOS, F. P. O programa de saúde da família (PSF) e os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 13, n. 14, 2003

MARQUES, J. E. D. C. Na busca por novos líderes: compreendendo o surgimento de candidatos à disputa política pela ótica do neo-institucionalismo da escolha racional. **Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, v. 1, n. 1, p. 130-151, 2007

MAZZA, A. **Manual de Direito Administrativo**. 13. ed. São Paulo: Saraiva, 2023.

MAZZEO, A. C. **Estado e burguesia no Brasil: origens da autocracia burguesa**. Belo Horizonte: Oficina do Livro, 1989

MENDES, E. V. **Uma Agenda para a Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996

_____. **Os desafios do SUS**. Brasília: Conass, 2019

MENICUCCI, T. M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007

MERCADANTE, O. A. (coord.) Evolução das políticas e do sistema de saúde do Brasil. In FINKELMAN, J. (Org.) **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Evolução Institucional da Saúde Pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 1975

MODESTO, P. E. G. Reforma Administrativa e marco legal das organizações sociais no Brasil: as dúvidas dos juristas sobre o modelo das organizações sociais. **Revista do Serviço Público**, v. 48, n. 2, p. 27-57, 1997

MORAIS, H. M. M. de *et al.* Organizações Sociais de Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, 2018

NOGUEIRA, R. B. A Governança da Saúde Pública e a problemática acerca do caráter complementar de participação da iniciativa privada no SUS. In: **Participação privada no sistema Único de Saúde: complementaridade ou protagonismo?** Ponta Grossa: Atena, 2022.

NORTH, D. C. Institutional change: a framework of analysis, 1994. Disponível em <https://econwpa.ub.uni-muenchen.de/econ-wp/eh/papers/9412/9412001.pdf>. Acesso em 28 de fevereiro de 2024.

OLIVEIRA, L. L. Revolução de 1930: uma bibliografia comentada. **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais BIB**, n. 4, 1978.

OLIVEIRA, F. **Crítica à razão dualista: o ornitorrinco**. São Paulo: Boitempo, 2003

OLIVEIRA, R. C. R. **Curso de Direito Administrativo**. 9. Ed. rev. atual. refor. Rio de Janeiro: Forense; Método, 2021

OLIVEIRA, A. L. História da Saúde no Brasil: dos primórdios ao surgimento do SUS. **Encontros Teológicos**, v. 27, n. 1, p. 31-42, 2012

OLIVEIRA, B; CARNEIRO, R; BRASIL, F. O reformismo neoliberal na atenção básica à saúde brasileira entre 2017 e 2022. **SER Social**, v. 27, n.56, p. 240- 258, 2025

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do sistema único de saúde: problemas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(sup.), p.1819-1829, 2007.

PAIM, J. S. Ações Integradas de Saúde (AIS): por que não dois passos atrás. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 2, n. 2, p. 167-182, 1986

_____. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. Seminários Temáticos Permanentes, 2001. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/6168>. Acesso em 22 de junho de 2024

_____. **O que é o SUS**. 3^a reimp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

_____. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018

_____. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária Brasileira. **Saúde em Debate**, v. 33, n. 81, p. 27-37, 2009

PANEBIANCO, A. **Modelos de Partido: Organização e poder nos partidos políticos**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

PAULA, A. P. P. **Por uma nova gestão pública**: limites e potencialidades da experiência contemporânea. Rio de Janeiro: FGV, 2005

PIMENTA JUNIOR, F; SILVEIRA, A. C. A inserção institucional do controle da doença de chagas. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** V. 44, p. 19-24, 2011

PINHEIRO, M. C. G.; ROMERO, L. C. Saúde como matéria de Direito Constitucional no Brasil. **Cadernos Ibero-Americano de Direito Sanitário**, v. 1, n. 1, 1-25, 2012

PETERS, B. G. **Institutional theory in political science**: The "new institutionalism". London; New York: Continuum, 1999.

PETERSON, P. E. **City Limits**. Chicago: University of Chicago Press, 1981

POLLITT, C; BOUCKAERT, G. **Public management reform**: a comparative analysis. 4. ed. Oxford University Press, 2017

RAMOS FILHO, C. A. de M. **Direito Financeiro e Econômico**. 5. Ed. São Paulo: SaraivaJur, 2023

REIS, D. O; ARAÚJO, E. D. de; CECÍLIO, L. C. de O. Sistema Único de Saúde: histórico, diretrizes e princípios, 2019. Disponível em https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/19/Unidade1_Cachoeira_da_Serra/SUS_historicos_e_principios/p_01.html Acesso em 10 de janeiro de 2024

RENOVATO, R. D; BAGNATO, M. H. S. O Serviço especial de saúde e suas ações de educação sanitária nas escolas primárias (1942-1960). **Educar em revista**, n. especial 2, p. 277-290, 2010

REZENDE, F. da C. Razões da Crise de implementação do Estado Gerencial: desempenho *versus* ajuste fiscal. **Revista Sociologia Política**, v. 19, p. 111-121, 2002

ROCHA, A. S. Genealogia da constituinte: do autoritarismo à democratização. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, n. 88, p. 29-87, 2013.

ROCHA, J. S. Y. O Movimento da Reforma Sanitária no Brasil. **Previdência em Dados**, v. 3, n. 2, p. 5-11, 1998

RODRIGUEZ NETO, E. **Saúde**: promessas e limites da Constituição. Rio de Janeiro: Fiocruz: Edições Livres, 2019.

ROMERO, L. C. O Sistema Único de Saúde: um capítulo a parte. In: **Constituição de 1988 o Brasil 20 anos depois**: os cidadãos na carta cidadã. Vol. V. Brasília: Senado Federal, 2008.

ROSEMBERG, A. M. F. A. Breve História da Saúde Pública no Brasil. In ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Epidemiologia & Saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2018.

ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Epidemiologia & Saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2018.

ROY, R. R; STEGER, M. B. **Neoliberalism** – A very short introduction. New York: Oxford University Press, 2010.

SALLES, N. Do paradoxo à competição: o lugar da dimensão programática nas disputas eleitorais. **Revista Brasileira de Ciência Política**, n. 32, p. 93-134, 2020

SANTOS, N. R. dos. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência & Saúde coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1729-1736, 2018

SANTOS, T. C; CARNUT, L. Gasto público destinado a Organizações Sociais de Saúde (OSS) no Sistema Único de Saúde: uma revisão integrativa. **Journal of Management & Primary Health Care**, 2022.

SANTOS, W. G. **Cidadania e Justiça**: a política social na ordem brasileira. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1987

_____. **Ordem burguesa e liberalismo político**. São Paulo: Duas Cidades, 1978.

SANTOS, I. S; UGÁ, M. A. D; PORTO, S. M. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização dos serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1431-1440, 2008

SCHMIDT, V.V. Coerência programática e disciplina parlamentar: partidos políticos frente à proposta de Organizações Sociais. **Rev. Sociol. Política**, v. 19, n. 40, p. 211-231, 2011

SMITH, D. H. Four Sectors or Five? Retaining the Member-Benefit Sector. **Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly**. v. 20, n. 2, , p.137-50, 1991

SILVA, L. T. R; SILVA, M. A. Public-private partnership as an instrument for the concretization of the right to health. **Revista Digital de Direito Administrativo**, v. 6, n. 1, p. 149-178, 2019.

SKIDMORE, T. E. **Uma História do Brasil**. Tradução de Raul Fiker. 4. Ed. São Paulo: Paz e Terra, 2003

SINGER, A. V. **Esquerda e direita no eleitorado brasileiro**. São Paulo: Edusp, 2002

SIQUEIRA, C. E.; CASTRO, H.; ARAÚJO, T. M. A globalização dos movimentos sociais: resposta social à globalização corporativa neoliberal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 847-74, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Py5kfv5Khp5DgwztTSHyV5R/?lang=pt>.

SOUZA FILHO, R. S. **Estado, burocracia e patrimonialismo no desenvolvimento da administração pública brasileira**. 2006. Tese (Doutorado) — Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Serviço Social/Programa de Pós-graduação em Serviço Social, Rio de Janeiro, 2006.

STOKES, D. Spatial models of party competition. **American Political Science Review**, v. 57, n. 2, p. 368-377, 1963.

STROM, K. A Behavioral Theory of competitive political parties. **American Journal of Political Parties**, v. 34, n.2, p. 565-598, 1990.

STONE, C. N. **Regime Politics: Governing Atlanta 1946-1988**. Lawrence: University Press of Kansas, 1989

_____. Urban Regimes and the Capacity to Govern: A Political Economy Approach. **Journal of Urban Affairs**, v. 15, n. 1, p. 1-28, 1993.

VIANNA, O. **Populações Meridionais do Brasil**. Brasília: Senado Federal, Conselho Editorial, 2005.

WEBER, M. **Ensaio de sociologia**. GERTH, H. H.; MILLS, W (org). 5. Ed. Rio de Janeiro: JC Editora, 1982

_____. **Economia e sociedade: fundamentos de sociologia compreensiva**. v. 1. Tradução de: BARBOSA, R; BARBOSA, K. E. 3. Ed. Brasília, Editora Universidade de Brasília, 2000

_____. Os fundamentos da organização burocrática: uma construção do tipo ideal. In: CAMPOS, E. (org.). **Sociologia da burocracia**. 4.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. p. 15-28
WILLIAMSON, J. Reformas políticas na América Latina na década de 80. **Revista de Economia Política**, v. 12, n. 1, 1992