

## 5.02

### **Privatização e contratualização da Saúde Pública em Uberlândia: as Unidades de Atendimento Integrado e o Hospital e Maternidade Municipal**

*Privatization and Contractualisation of Public Health in Uberlandia: Integrated Care Units and the Municipal Hospital and Maternity*

**Julio César Donisete Santos de Souza**

Advogado, especialista em Gestão Pública. Membro da Rede Nacional de Advogados Populares (RENAP) e associado do Instituto de Direito Sanitário Aplicado (IDISA). Uberlândia, Brasil.

**Resumo:** O artigo analisa o processo de terceirização do serviço público de saúde no município de Uberlândia por intermédio dos contratos de gestão com organizações sociais da saúde. Utiliza a metodologia de pesquisa bibliográfica e documental de leis, decretos e reportagens de jornais dispostos oficialmente no município. Pretende-se comprovar que, apesar de a Prefeitura Municipal de Uberlândia anunciar grandes melhorias na prestação de serviço, ampliação da transparência e da participação, os resultados dos contratos de gestão configuram um afastamento do poder público de seu dever constitucional de prestar diretamente o serviço, deterioração na prestação do serviço e redução do controle social.

**Palavras-chaves:** Reforma administrativa; publicização; organizações sociais, saúde.

**Key-words:** *Administrative Reform; publicization, social organizations; health.*

### **Introdução**

O cenário que surge a partir do declínio do binômio keynesianismo/fordismo<sup>1</sup> e com a ascensão do projeto neoliberal pressupõe uma nova dinâmica na organização da produção e de um novo tipo de Estado. Corroborando com a ideia de Gramsci de

---

<sup>1</sup> Entende-se pelo “modelo de desenvolvimento”, apoiando-se na base técnica da Segunda Revolução Industrial do fim do século XIX (construída a partir de inovações nos campos da eletricidade, da química e da manufatura de precisão) e nos métodos de organização do trabalho taylorista (padronização das tarefas, separação entre planejamento e execução e grande especialização do trabalho), introduzindo a esteira rolante automatizada na linha de produção em larga escala produtos padronizados (em série), implicou o aumento extraordinário da produtividade do trabalho e a redução dos custos unitários de produção.

que hegemonia começa na fábrica<sup>2</sup>, pode-se aduzir que o processo de consolidação do neoliberalismo como composição orgânica do capital possui seu ponto de partida na reestruturação da produção e do trabalho fabril.

O Estado, por sua vez, também se reestruturará de acordo com a nova roupagem do capital. A reestruturação que se inicia na fábrica e molda uma nova forma de organização da sociedade requer, para sua complementaridade, outro tipo de Estado, também flexível. A produção em larga escala do fordismo foi complementada por um tipo de Estado que possuía um papel fundamental na atividade econômica, mediante a promoção de uma política expansiva e anticíclica, a articulação de um aparato produtivo autônomo, a garantia dos serviços públicos, a dotação de infraestrutura, a realização de alguma redistribuição de renda por meio da universalização dos direitos sociais, tudo isso fundado numa elevada rentabilidade e produtividade do capital.

Nesse sentido, a estratégia neoliberal irá apontar os “efeitos danosos” do Estado de Bem-Estar, quais sejam, segundo Behring (2003, p. 58), “a desmotivação, a concorrência desleal (porque protegida), a baixa produtividade, a burocratização, a sobrecarga de demandas e o excesso de expectativas”.

Refém de um movimento de rentabilidade do capital, no qual os gastos públicos devem ser contingenciados em prol da formação de superávits orçamentários, o Estado nacional passará a encontrar dificuldades para executar políticas de desenvolvimento. A nova ordem econômica, ditada pela mundialização financeira (Chesnais, 1996) imporá aos governos nacionais severas restrições à “liberdade de cunhar moeda e criar dívidas públicas” (Moraes, 2001, p. 37).

O papel que cabe ao Estado, portanto, é garantir a liberdade plena do movimento dos capitais mundializados, de forma que suas ações consistirão na *desregulamentação*, na *liberalização* e na *privatização*. Esses termos, nos dizeres de Saes (2001), consistirão nas três políticas estatais pelas quais se dará o desmonte da estrutura intervencionista do Estado nacional. *Desregulamentar* significa reduzir os instrumentos de regulação sobre a economia, nos aspectos monetários, fiscais e cambiais, diminuindo a taxação do capital e flexibilizando a relação capital/ trabalho;

---

<sup>2</sup> Para Antônio Gramsci, “a hegemonia vem da fábrica e, para ser exercida, só necessita de uma quantidade mínima de profissionais da política e da ideologia” (Gramsci, 1991, p. 381-382).

por *liberalização econômica*, entende-se a abertura das fronteiras nacionais para a livre circulação do capital, especialmente o financeiro, o fim do protecionismo econômico e da reserva de mercado; e, por fim, a política de *privatização* resulta, não só na desestatização de empresas públicas, muitas delas estratégicas para um desenvolvimento econômico autocentrado de um país – como siderúrgicas, bancos e de energia – mas também na descentralização administrativa de serviços públicos essenciais, tais como educação, saúde, segurança e transporte.

Com o advento do Plano Real, há um realinhamento das forças políticas e sociais em torno de uma agenda programática que redefinisse o papel do Estado no panorama político-institucional e que estivesse sintonizado com a nova conjuntura econômica mundial. Com o Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), tem-se uma formulação clara de como se consubstanciaria a relação do Estado com a sociedade civil na prestação de serviços públicos.

A EC nº. 19/98, de acordo com o novo modelo econômico, incrementou uma racionalidade gerencial oriunda do setor privado, tornando-se necessária uma flexibilização da administração (maior eficiência e qualidade) e mudança nas regras do funcionalismo (menor custo e maior isonomia com o setor privado). A criação de novas figuras jurídicas para a gestão de serviços públicos não exclusivos, as chamadas “entidades públicas não estatais”, tais como as Organizações Sociais, regulamentadas pela Lei nº. 9.637/98, fazem parte do “programa de publicização” que corresponde a uma tentativa de desobrigar e privatizar o Estado ou fazer da sociedade civil um recurso gerencial (Nogueira, 2005).

O contrato de gestão celebra uma parceria entre Estado e organizações do “terceiro setor”, caracterizando-se como um instrumento de fomento e execução de atividades. O contrato de gestão tem um aparente compromisso de facilitar o relacionamento entre entidades públicas e privadas, visando a contribuir com a solução de problemas sociais.

O presente trabalho analisou os contratos de gestão adotados pela Prefeitura Municipal de Uberlândia (PMU) e as organizações sociais qualificadas para implantar e operacionalizar as ações de assistência à saúde no município, no caso concreto, em relação às chamadas Unidades de Atendimento Integrado (UAI) e o novel Hospital e Maternidade Municipal de Uberlândia (HMMU).

A pesquisa consistiu em procedimentos quantitativos e em um estudo descritivo, desenvolvido por meio de pesquisa bibliográfica e documental. Segundo Gil (2002), a pesquisa bibliográfica tem como objetivo a descrição das características de determinada população, fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. O trabalho justifica-se, portanto, uma vez que se pretende avaliar o papel das parcerias entre administração municipal e organizações não governamentais e se essas parcerias realmente fundamentam-se nos interesses públicos.

### **Objetivo**

Tem como objetivo analisar o contrato de gestão celebrado para a administração das UAI, tomando-se como referência o projeto-piloto contido na contratualização da Unidade São Jorge e do HMMU, e as principais leis que qualificam as organizações sociais e possibilitam as parcerias no setor de saúde. A partir dessa análise e utilizando uma bibliografia de autores que tratam sobre o terceiro setor como um processo de reestruturação do capital, a pesquisa buscou comprovar que, embora a modernização da administração pública anuncie como grandes objetivos a melhoria da prestação do serviço, a ampliação da transparência e da participação, os resultados dos contratos de gestão abrem espaço para o afastamento do Estado de suas responsabilidades sociais.

### **Métodos**

A coleta de dados foi feita com base em leis, decretos, projetos, reportagens de jornais e contratos de gestão dispostos em documentos oficiais produzidos em nível municipal (exclusivamente em Uberlândia) para o estabelecimento de parcerias entre administração pública e organizações sociais.

Na primeira parte, realizou-se o enquadramento teórico e normativo legal a partir de textos e principais instrumentos jurídicos que possibilitaram a celebração dos contratos de gestão e o estabelecimento de parcerias no setor de saúde do município de Uberlândia, seguiu-se um breve histórico do processo de terceirização do serviço público de saúde no município a partir dos anos 1990 e, posteriormente, foi feita a análise dos contratos de gestão celebrados, destacando-se as formas de avaliação e controle.

## **As organizações sociais na agenda política da Reforma Administrativa**

No caso brasileiro, em novembro de 1995 é apresentado o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE). Coadunado com a tese global que justifica a adoção do modelo gerencial, o Plano Diretor parte do diagnóstico de que as causas da crise dos anos 1980 residiam no Estado que “não soubera processar de forma adequada a sobrecarga de demandas a ele dirigidas” (Brasil, 1995, p.10).

Essa crise do Estado se manifesta em três dimensões: como uma *crise fiscal*, caracterizada pela crescente perda de crédito por parte do Estado e pela poupança pública que se torna negativa; como *crise do modo de intervenção do Estado*, que na maioria dos países em desenvolvimento corresponde ao esgotamento do modelo de industrialização por substituição de importações; e como *crise do modelo burocrático de gestão pública*, revelada pelos elevados custos e baixa qualidade dos serviços prestados pelo Estado (Barreto, 1999).

De maneira geral, o PDRAE divide o aparelho do Estado em quatro grandes setores para atribuir a cada um deles uma estratégia que colabore com os objetivos globais de aumentar a governança limitando as funções do Estado, transferindo-as. São eles, os setores: *núcleo estratégico*; *serviços exclusivos do Estado*; *serviços não exclusivos do Estado*; *produção para o mercado*.

O setor de atividades não exclusivas – que é o que interessa a este trabalho – veria transferidas suas funções para as organizações sociais (OS), instituições de personalidade jurídica privada, mas prestando serviços de interesse público fomentados pelo orçamento federal. Tanto as agências executivas quanto as OS teriam suas atividades reguladas por contratos de gestão.

O principal instrumento jurídico-legal para a implementação da reforma administrativa foi a Emenda Constitucional nº 19, de 04 de junho de 1998 (EC nº 19/98). Uma de suas alterações foi a inclusão do § 8º no art. 37, onde dispõe que a autonomia gerencial, orçamentária e financeira dos órgãos e entidades da administração direta e indireta poderá ser ampliada mediante contrato, a ser firmado entre seus administradores e o poder público, que tenha por objeto a fixação de metas de desempenho para o órgão ou entidade.

Ora, o que o então novel dispositivo constitucional introduziu no panorama institucional brasileiro foi a figura do *contrato de gestão*.

Nos dizeres de Santos (2000), a utilização de instrumentos contratuais no âmbito da reforma do Estado assume duas vertentes: numa primeira abordagem, envolve a possibilidade da ampliação do uso de contratos, ou “quase contratos”, entre o Estado e o setor privado ou o setor público não estatal, quando relaciona-se com entidades de direito privado que passam a responder diretamente por serviços antes prestados pela administração pública, ora prestando serviços ao Estado, ora prestando serviços diretamente ao cidadão.

Esse novo instituto jurídico-administrativo é, segundo o discurso reformador, capaz de conceder maior flexibilidade gerencial e executiva aos órgãos e entidades da administração de modo que o funcionamento destes fosse vinculado ao controle de resultados.

O contrato de gestão foi o instrumento utilizado para, no caso da reforma administrativa empreendida pelo governo FHC, definir a relação entre o órgão supervisor (Ministérios e outros órgãos da Administração Central) e os órgãos paraestatais dotados de autonomia: as agências executivas (criadas pela Lei nº 9.649/98) e as organizações sociais, por sua vez, criadas pela Lei nº 9.637/98. Como este trabalho versa sobre as organizações sociais e a atuação destas na área da saúde, a fundamentação teórica se aterá a este aspecto da reforma.

O programa das organizações sociais previsto no PDRAE tinha como objetivo permitir a publicização de atividades no setor de prestação de serviços não exclusivos, baseado no pressuposto de que esses serviços ganhariam em qualidade, sendo otimizados mediante menor utilização de recursos, com ênfase nos resultados, de forma mais flexível e orientados para o cliente-cidadão mediante controle social. Esse resultado seria alcançado por meio da extinção de uma entidade pública, de natureza autárquica ou fundacional, cujo patrimônio, servidores e dotações orçamentárias seriam cedidos para entidade privada “qualificada” como “organização social”, desde que esta atenda a requisitos fixados na Lei.

É interessante a observação de Barreto (1999), para quem a viabilidade e a legitimidade das políticas sociais como responsabilidade do Estado consagradas na Constituição de 1988 são colocadas em “xeque”, porquanto o projeto de OS não assegura a responsabilidade pública pela questão social, além de apontar para a fragmentação das políticas públicas pelo distanciamento entre a formulação e

implementação destas e pela falta de coordenação do Estado do conjunto imenso de organizações sociais.

Corroborando com esta visão, ainda é possível dizer que as OS têm outras deficiências tais como a falta de autonomia, falta de conhecimento técnico das Comissões de Acompanhamento de Avaliação, falta de recursos humanos e infraestrutura para funcionamento da OS, além de propiciarem a burla da lei de licitação (nº 8666/1993) e do Regime Jurídico Único (nº 8112/1990), há falta de transparência (pois, os sítios não disponibilizam informações e documentos). Além disso, há discricionariedade na escolha da OS e, os serviços sociais são incompatíveis com as metas contratualizadas.

### **As organizações sociais na área da saúde**

O objeto deste trabalho consiste em analisar a aplicação do modelo de OS na área da saúde, portanto, será importante tecer alguns comentários acerca do direito que a compreende e o sistema que gere o Sistema Único de Saúde – SUS.

Para Paim (2009), a saúde é questão que tem ocupado o centro das atenções de muitas pessoas, governos, empresas e comunidades. Assim, além de corresponder a um *estado da vida*, a saúde compõe também um *setor* da economia onde se produzem bens e serviços. Neste sentido, cada sociedade organiza seu sistema de saúde, sendo um sistema que intervém no âmbito social, econômico e cultural.

Embora o sistema de financiamento não tenha sido claramente definido<sup>3</sup>, a partir da promulgação da Constituição de 1988, a gestão do SUS passou a ser compartilhada, ou seja, a responsabilidade pela saúde passa a ser dividida entre as três esferas de governo – União, estados e municípios –, sendo que essa gestão deve obedecer aos princípios do SUS, quais sejam: *integralidade*, ou seja, considerar a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades; *equidade*, no

---

<sup>3</sup> Antes da promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde era financiada com recursos do orçamento do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas) e do orçamento fiscal. Logo, com a promulgação da constituição há a necessidade de ampliar substancialmente a alocação de recursos financeiros. Várias tentativas de vinculação de recursos para a Saúde aconteceram na década de 1990, mas somente em 13 de dezembro de 2000, após intensas negociações, foi aprovada e promulgada a Emenda Constitucional nº29 que determinou a vinculação e estabeleceu a base de cálculo e os percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios seriam obrigados a aplicar em ações e serviços de saúde.

sentido de tratar de forma diferenciada os desiguais, oferecendo mais a quem precisa mais, com o objetivo de reduzir as desigualdades e, *universalidade* que é garantir atenção à saúde a todo e qualquer cidadão. Portanto, o Estado deve garantir o direito à saúde a todo e qualquer cidadão, independente de classe social.

Entretanto, na criação do SUS, a Carta Magna estabeleceu que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada e, conforme Paim (2009) cabe ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle. Desta forma, a constituição afirma que as ações e serviços públicos que compõe o SUS seriam *complementados*<sup>4</sup> mediante contratos com serviços privados, logo, o serviço privado complementaria o serviço público.

Contudo, a década de 1990, conforme já se constatou neste trabalho, foi marcada por uma contraofensiva conservadora às conquistas resultantes das lutas sociais durante o período de redemocratização e consubstanciadas na Constituição de 1988. A agenda neoliberal impôs uma reforma que se caracterizou por uma defesa intransigente nas necessárias mudanças das instituições estatais caracterizadas, fundamentalmente, por uma defesa intransigente nas necessárias mudanças das instituições estatais ao preconizarem a contenção de custos e controle de gastos, as reformas resultaram em extinção e fusão de órgãos próprios e repasse de suas funções para setores do mercado – setor privado ou terceiro setor.

Nessa direção, alteraram-se as formulações das políticas sociais, que passaram a priorizar a execução de programas assistenciais considerados básicos – educação básica, atenção primária em saúde, distribuição de cestas básicas de alimentos, entre outros – dirigidos para segmentos populacionais em situação de pobreza.

No final dos anos 1980 e início dos 1990, à luz do movimento de reforma, o Banco Mundial emitiu documentos para orientar as reformulações no setor de saúde. Segundo as proposições apresentadas, o Estado tem por obrigação prover,

---

<sup>4</sup> A constituição federal em seu artigo 196 estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Conforme Rezende (2007) isso impede o Estado de desresponsabilizar-se da prestação destes serviços, restando ao setor privado o papel apenas de *complementaridade*, na forma da Lei 8.666. A iniciativa privada tem participação complementar na prestação de serviços de saúde ao SUS (Art. 196, da CF), que se caracterizam como serviços de relevância pública (art.197, da CF). Quando a capacidade instalada do Estado for insuficiente, tais serviços podem ser prestados por terceiros, ou seja, pela capacidade instalada de entes privados, tendo preferência, entidades filantrópicas e sem fins lucrativos (§ 1º, art. 199 CF).



diretamente ou por intermédio de terceiros, a assistência à saúde dos pobres. Para isso, no entanto, hão de se introduzir mecanismos de pagamento pelos cuidados à saúde em segmentos sociais que possam arcar com tais despesas e repassar os serviços de saúde para entidades privadas, desobrigando o Estado da execução de serviços para o público em geral e, assim, captar recursos para o atendimento dos que necessitam de seu amparo.

Na América Latina, essas reformas foram implementadas com mais ou menos intensidade de acordo com as estruturas política e social dos países e o grau de dependência financeira externa de cada um deles. Contudo, estudos constataam pontos comuns nessas reformas no setor de saúde: foco no consumidor individual e não mais nas necessidades da população; qualidade da atenção avaliada pelo grau de satisfação do cliente; estímulo à produção privada de serviços de saúde com ênfase para o terceiro setor; introdução de parâmetros de gerenciamento privado na organização e planejamento dos serviços públicos de saúde, como custo/benefício e maximização de resultados, por exemplo; aumento da cobertura da atenção primária à saúde; separação das funções de regulação, formulação e coordenação do setor público; e introdução de contrato de gestão entre os prestadores de serviços de saúde (Almeida, 1996; Infante, *et al.*, 2000; Iriart *et al.*, 2000).

Nessa esteira, a discussão sobre modalidades de gestão transformou-se numa das questões centrais da agenda pública brasileira, o que reverte todo o debate travado sobre o modelo assistencial para o SUS. É a partir da segunda metade da década de 1990 que se intensifica a implantação de experiências de novos modelos de gestão de serviços, particularmente dos hospitais públicos, mediante a transferência desses equipamentos para agentes privados, organizados em fundações, cooperativas, instituições religiosas, entre outras (Elias, 1999; Machado, 1999).

O PDRAE propõe para o setor de saúde uma reorganização do sistema, dividindo-o em dois subsistemas autônomos e articulados gerencialmente: o "subsistema de entrada e controle", caracterizado pelos serviços de atenção básica, e o "subsistema de referência ambulatorial e hospitalar", constituído das unidades de saúde com complexidade tecnológica, ou seja, os setores secundário e terciário (Brasil, 1998d).

Essa divisão em subsistemas explicita e operacionaliza as recomendações do Banco Mundial, princípios, aliás, aceitos pelo movimento da "nova administração pública", aos quais o modelo da reforma do Estado brasileiro se filiou, principalmente no que diz respeito à competitividade, descentralização, *accountability* e privatização. São princípios enunciados pelo MARE, "o que se está procurando, por meio desta reforma, não é abranger todo o SUS, mas uma das partes fundamentais do mesmo – e certamente a mais cara –, a assistência ambulatorial e hospitalar" (Brasil, 1998d, p.14).

De acordo com Figueiredo (2003, p.155), o desenvolvimento das atividades de saúde pelas organizações sociais é inconstitucional, porque se tem a noção de que o Estado, ao transferir a titularidade do serviço às OSS, pretende não mais desempenhar o serviço de saúde à população, contrariando o que dispõe o art. 196 da CF.

Além da inconstitucionalidade, cuja arguição é julgada pelo Supremo Tribunal Federal por intermédio da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1923-DF que, embora conteste a Lei nº 9.637/98 de modo geral, há significativa ênfase na questão da publicização dos serviços públicos de saúde, tendo em vista o efeito contingente que se desencadeou nas outras esferas administrativas, cumpre ressaltar que as razões pelas quais tanto a Lei Federal quanto as legislações estaduais e municipais podem ser consideradas como contrárias à CF e à Lei Orgânica do SUS residem, além da incompatibilidade com a premissa do art. 196 da CF, já ressaltado, no fato de que, o papel da iniciativa privada na prestação de serviços do SUS é acessório, de modo que toda e qualquer tentativa de investir a iniciativa privada na condição de protagonista confronta o texto constitucional e a Lei Orgânica da Saúde.

A correta leitura do art. 197 da CF (e face às demais regras vigentes) é a de que a execução dos serviços de saúde deve ser feita diretamente (pelo Estado) ou por terceiros (hospitais e unidades hospitalares de entidades filantrópicas que venham a integrar o SUS). Todos exercem serviços de relevância pública, mas aqueles prestados pelo Estado são de natureza essencialmente pública, integral e universal, caracterizando-se como direito fundamental e dever do Estado.

A verdade é que o instrumento do Contrato de Gestão tem se revelado insuficiente. Muitas vezes não há controle no momento da contratação, por exemplo, em relação à factibilidade das metas estabelecidas em função do equipamento e

recursos humanos disponibilizados. Posteriormente, não há controle na execução do contrato. Não há, também, critérios para estipulação de garantias em relação ao patrimônio cedido e aos recursos repassados. O resultado prático pode ser o descontrole sobre o uso do patrimônio e dos recursos públicos e a precarização dos vínculos entre os serviços públicos de saúde e os recursos humanos que lhe são fundamentais.

### **O Município de Uberlândia e a privatização do serviço público de saúde: o surgimento das Unidades de Atendimento Integrado – UAI e a gestão da Fundação Maçonica Manoel dos Santos**

Consoante já mencionado, a contratualização dos serviços públicos de saúde a partir da nova remodelagem do aparelho estatal concentra-se nas esferas dos Estados e Municípios, tendo em vista a atribuição constitucional destes na gestão da política de saúde. Nesse sentido, a análise presente se restringirá ao caso do município de Uberlândia, já que foi o *locus* escolhido para o estudo.

Uberlândia é uma cidade polo do Triângulo Mineiro e uma das mais prósperas do interior do Brasil. O município apresenta uma estrutura produtiva diversificada, com destaque para a agropecuária, processamento de grãos, carnes e couro, além de um avançado setor comercial e de serviços. Uberlândia está localizada em uma área estratégica próxima a importantes capitais. A cidade possui 634.345 habitantes e é a segunda maior cidade do Estado (IBGE. s/d).

Após estas sucintas informações, é importante explicitar como Uberlândia se insere na lógica neoliberal e, logo, na Reforma do Estado, especialmente na publicização, ou seja, na transferência dos serviços de saúde pública para as entidades do “Terceiro Setor”<sup>5</sup>.

As UAI são responsáveis pelo atendimento ambulatorial e pronto atendimento, além de consultas especializadas. E, nesse sentido, um dos marcos históricos do atendimento à saúde em Uberlândia foi a fundação das UAI, em 1994. Inicialmente foram criadas três unidades, situadas nos bairros Planalto, Luizote e Pampulha.

---

<sup>5</sup> Sobre as entidades do “terceiro setor” em Uberlândia, Júlio César Meira (2009, p.108) diz que: “Muitas entidades que atuam no município de Uberlândia e que atualmente são denominadas como ONGs são oriundas de outras formas de organização social (movimentos populares, entidades filantrópicas ou caritativas), as quais, sobretudo, a partir da década de 1990, passaram a apropriar-se desse termo como forma de buscar maior representatividade ou legitimidade institucional, ou, simplesmente, como estratégia de sobrevivência, especialmente do ponto de vista material e financeiro”.

Essas unidades foram geridas, desde seu início, pela Fundação Maçônica Manoel dos Santos (FMMS).

A FMMS venceu solitariamente – porquanto a única concorrente neste processo – a licitação para firmar o termo de parceria com a Prefeitura Municipal de Uberlândia (PMU) e então, começa a sua função de gestora das UAI.

Assim, constatamos que, mesmo sem a realização de processo licitatório, a FMMS passa a administrar novas unidades de saúde, as UAI. Não obstante, conforme ressalta Barbosa e Silva (2010), ainda antes da Emenda Constitucional nº 19/98 ter sido aprovada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo presidente da república à época, em Uberlândia o serviço de saúde já era gerido por entidades do chamado “terceiro setor”. Além disso, não houve discussão com a população, nem sequer com o Conselho Municipal de Saúde, sobre o modelo de gestão a ser adotado na gestão da saúde.

O instrumento legal que firma a parceria entre a FMMS e a PMU é o *termo de parceria*, parceria esta, firmada sob os marcos jurídicos da Lei nº 5.439/1991 que dispõe sobre a declaração de utilidade pública e a lei nº 5.775/1993 que regulamenta a concessão de subvenções sociais.

Em 2008 foi anunciado pela PMU o fim da parceria, deixando a polêmica da isenção patronal para a justiça e o passivo trabalhista resultante da demissão dos funcionários da FMMS para os cofres do município (Correio de Uberlândia, 2008).

Todavia, o término da parceria entre FMMS e PMU não fez com que a PMU, ou seja, que a Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia administrasse inteiramente, diretamente o serviço de saúde da cidade de Uberlândia.

### **O novo modelo: a publicização por contratos de gestão**

A Lei Complementar nº 7.579 dispõe sobre a qualificação de organizações sociais no município de Uberlândia. De acordo com esta lei, a qualificação das entidades segue os parâmetros da lei federal nº 9.790/99 e será feita por ato do Prefeito, depois de verificado o cumprimento de todas as exigências constantes na referida lei.

Logo, a parceria entre poder público e organizações sociais é firmada mediante contrato de gestão. Este define as atribuições, responsabilidades e obrigações das partes, com vista à formação de uma parceria para o fomento e execução de

atividades de interesse público previamente definidas, para as quais tenham sido previstas as competentes dotações orçamentárias.

Especificamente sobre o instrumento legal utilizado para firmar as parcerias entre as entidades do “terceiro setor” e poder público, o contrato de gestão, é importante revelar que o governo de Uberlândia formula o decreto nº 11.679 de maio de 2009 que dispõe sobre o contrato de gestão relativo às UAI, Estratégia Saúde da Família e Hospital Municipal de Uberlândia, com justificativas que estão em plena harmonia com o que reza o PDRAE, especificamente no ponto que diz respeito à publicização, na medida em que busca aprimorar o serviço no sentido de aumentar a eficiência e de incentivar as parcerias do Poder Público com as OSS.

No que diz respeito ao controle burocrático (processuais/resultados) são exigidos por parte da PMU à Missão Sal da Terra relatórios trimestrais de execução do contrato de gestão, comparando metas e resultados, acompanhados de demonstrativos da adequada utilização de recursos públicos, da avaliação e execução do contrato, das análises gerenciais cabíveis e de parecer conclusivo sobre o período em questão. O montante financeiro é movimentado pelos representantes da UAI autorizados no estatuto da Missão Sal da Terra.

Sobre a qualidade do serviço oferecido na UAI São Jorge, a referida UAI possui um escritório de qualidade que realiza pesquisas de satisfação do usuário, como único mecanismo para aferir a qualidade do serviço oferecido.

Para analisar a Satisfação do Usuário, consideraremos o estudo de Swan (2006), que propõe um modelo que contém quatro construtos básicos, como um estudo de eficácia metodológica de satisfação do usuário. Este estudo leva em consideração: (i) a percepção do desempenho do serviço, (ii) a confirmação da expectativa a respeito do desempenho e a percepção de tratamento equitativo, (iii) a satisfação geral e (iv) a intenção de revisitar ou evitar o serviço no futuro.

Neste sentido, a metodologia de avaliação da satisfação dos usuários deve contemplar esta estratégia, na medida em que deve propiciar ao usuário do SUS a oportunidade de opinar sobre as políticas de saúde e avaliar o atendimento recebido por ele. Assim, o usuário poderá também destacar os pontos críticos do sistema para que os gestores possam, analisando-os, sanarem os problemas advindos ou da inadequada construção ou implementação das políticas, ou da inadequada divulgação e explicitação dos objetivos do SUS para os usuários.

Segundo Esperidião (2004), o conhecimento da satisfação do usuário sobre uma das dimensões do SUS, em especial, a relação entre usuários e profissionais de saúde é crucial para o enfrentamento e restabelecimento do processo saúde-doença, fundamentais para a efetividade do cuidado, a garantia da continuidade do tratamento, e com ganhos para todo o sistema de saúde.

Entende-se, portanto, por satisfação, a percepção e a avaliação que o usuário tem sobre definidas dimensões dos serviços de saúde. Portanto, a avaliação sobre a satisfação dos usuários, entendida na sua conexão com a percepção, pode ser considerada como um dos componentes da avaliação da qualidade dos serviços, sendo de extrema importância para a melhoria do sistema.

### **A consolidação do modelo de terceirização da saúde pública: o Hospital e Maternidade Municipal**

Diante da urgente necessidade de sanar o problema da escassez de leitos e da superlotação das unidades e urgência e emergência em Uberlândia, a Prefeitura Municipal, por meio da Secretaria de Saúde, iniciou um projeto para a construção do hospital e maternidade municipal para proporcionar à população, segundo a sua publicidade, “uma assistência completa, integral, qualificada e humanizada”.

Para a administração deste complexo hospitalar, o instrumento adotado, a exemplo das UAI, foi o contrato de gestão com organizações sociais da área da saúde com a justificativa de obter maior economia em seus custos, melhoria em seu atendimento e resultados mais expressivos, tanto sob o aspecto quantitativo quanto qualitativo dos serviços prestados.

Para fins de habilitação no processo de licitação, a organização social deveria obrigatoriamente apresentar requisitos como: a) certificado de qualificação como Organização Social em âmbito municipal, estadual ou federal; b) descrição minuciosa das atividades que desenvolve e suas finalidades sociais; c) estar em dia com a Fazenda Federal, Estadual e Municipal, INSS e FGTS; d) comprovação de sua condição de entidade jurídica de direito privado sem fins lucrativos devidamente registrada no Conselho Regional de Medicina; e) comprovação de regularidade jurídico fiscal e boa situação financeira, apresentando Balanço Patrimonial e Demonstração de Resultados do Exercício;

comprovação de experiência na área de unidade de saúde na administração por meios de contratos de gestão com hospitais acreditados nível II ou III pela ONA (Organização Nacional de Acreditação), dentre outras obrigações.

Apenas a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) cumpriu todos os requisitos dispostos no edital de licitação. Com isso, pôde ser celebrado o contrato de gestão com a PMU.

Sobre esta OSS convém ressaltar que a mesma gerencia 21 unidades hospitalares e ambulatoriais em todo o Brasil. Possui mais de 26 mil funcionários e atua em diversos municípios. A organização foi fundada em 1993 e é dirigida por um Conselho Administrativo eleito por Assembleia Geral constituída por membros da antiga congregação da Escola Paulista de Medicina, atual UNIFESP (SPDM, s/d). Em que pese o *know how* da SPDM, é de fato notório que esta organização responde a processos trabalhistas e na justiça comum por descumprimento de contratos e má gestão dos recursos públicos (SindservSBC, 2012).

No contrato pactuado entre a SPDM e PMU estão definidas as metas a serem alcançadas e os critérios de avaliação, de acordo com indicadores de qualidade e de produtividade. As responsabilidades e obrigações da SPDM também estão definidas no contrato; para a contratação de funcionários, a organização social deve obrigatoriamente realizar concurso público e compor seu quadro funcional pelo regime da CLT – Consolidação das Leis de Trabalho.

De acordo com o contrato de gestão, a organização deve realizar pesquisa de satisfação na pós-hospitalização de seus pacientes e manter um serviço de atendimento ao usuário, emitindo relatórios mensais, além de promover um canal aberto para sugestões, queixas e reclamações de usuários do sistema, concedendo 100% de resposta em um período máximo de até 30 dias úteis. O hospital funcionará durante 24 (vinte e quatro) horas por dia, a organização social deve oferecer um alto grau de complexidade de sua capacidade operacional, contabilizando cerca de 13.014 atendimentos a cada 10 meses, conforme os dados a seguir:

**Tabela 1** – Número de atendimentos do HMMU de acordo com o contrato de gestão

| Especificação do atendimento                     | Atendimento/<br>mês | Atendimento/<br>10 meses |
|--|---------------------|--------------------------|
| Consulta de egressos primeira etapa<br>(4 meses) | 510                 | -                        |
| Consulta de egressos segunda etapa               | 1.033               | 8.238                    |
| Primeira consulta                                | 496                 | 2.976                    |
| Cirurgias ambulatoriais                          | 280                 | 1.680                    |
| Atendimentos em saúde bucal                      | 20                  | 120                      |
| <b>Total</b>                                     | <b>1.697</b>        | <b>13.014</b>            |

Fonte: Minuta do contrato de Gestão: anexo 3 – Plano de prestação de serviços

**Tabela 2** – Número de procedimentos do HMMU de acordo com o contrato de gestão

| Procedimentos cirúrgicos  | Atendimento/<br>mês | Atendimento/<br>6 meses |
|---|---------------------|-------------------------|
| Cirurgias ortopédicas (fratura de colo de<br>fêmur, demais fraturas referenciadas<br>pela rede) | 48                  | 288                     |
| Cirurgia geral (cirurgia urológica e outras)  | 234                 | 1.404                   |
| Cirurgia ginecológica   | 32                  | 192                     |
| Cirurgia otorrino   | 64                  | 384                     |
| <b>Total de cirurgias</b>   | <b>378</b>          | <b>2.268</b>            |

Fonte: Minuta do Contrato de Gestão: anexo 3 – Plano de prestação de serviços

A organização deve, também, responsabilizar-se pela indenização de dano decorrente de ação ou negligência que seus agentes causarem ao paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros vinculados. Outras obrigações e metas de produtividade estão dispostas no Projeto Básico do HMMU e no Planejamento Estratégico.

### Considerações finais

De fato, a reforma do Estado no Brasil e seus mecanismos de implementação, como a publicização via OSS – foco deste trabalho – levam ao sucateamento do serviço público oferecido, uma vez que privatizam o serviço de saúde pública – pois, privatização, em sentido amplo, abrange todas as medidas para redução do tamanho do Estado - visto que transferem a gestão do serviço de saúde para OSS, por meio



do contrato de gestão, e estas administram todos os recursos e bens públicos, com várias brechas para desvios de verbas. Neste sentido, deve-se levar em conta que os mecanismos de controle sugeridos pela Reforma do Estado e, conseqüentemente, pela “Nova Gestão Pública”, são finalísticos e não processualísticos. Isto implica a diluição das ferramentas de controle que sugerem respeito a princípios e valores éticos imprescindíveis à administração pública.

Ademais, a gestão da saúde pública realizada via OSS contraria o que diz a Constituição Federal, onde se lê que a Saúde é direito de todos e dever do Estado. Ou seja, a saúde pública deve ser administrada pelo Estado, portanto, não deve haver transferência da gestão para OSS. O Estado é o responsável direto pela gestão da Saúde. Assim, a Reforma do Estado, ao criar a publicização e as Organizações Sociais como instrumentos da gestão de saúde pública, como é caso estudado, interrompe o processo de implementação do SUS.

O contrato de gestão se estabeleceu em um processo de nível gerencial com base em indicadores de resultados que avaliam a qualidade do serviço prestado e a qualidade de atendimento ao usuário. Os contratos criados servem para que a prefeitura municipal fuja de suas responsabilidades sociais e também para que o Estado não cumpra seus deveres constitucionais. Manifesta-se uma administração gerencial, a partir de objetivos e metas traçados para atingir certos resultados, baseando-se em princípios da eficiência e com baixa participação da sociedade civil.

Nota-se, contudo, que o repasse de atividades ao “terceiro setor”, ao retirar seu controle do âmbito estatal e do direito público para o direito privado, diminui as possibilidades de controle democrático e de pressão política.

Assim, evidencia-se que o objeto do contrato de gestão como uma forma de instrumentalizar a Administração Pública para a cobrança dos resultados, ou melhor, de a Administração Pública conferir o controle dos compromissos de produtividade e eficiência.

Pelo exposto, conclua-se que o modelo de gestão via OSS, criado e disseminado no processo de reforma do Estado no Brasil, não cumpre seus objetivos inscritos no Plano Diretor da Reforma do Estado, isto é, conforme demonstramos, não leva, à redução de custos, aumento do controle social e melhores resultados. Todavia, devemos reconhecer que um dos objetivos é alcançando: o da flexibilização na gestão. De fato, a gestão torna-se mais flexibilizada, na medida em que não são

exigidas licitações, concursos públicos e o foco passa a ser nos resultados e não nos processos. Entretanto, esta flexibilização, ao se sobrepor em relação aos princípios constitucionais como a legalidade, a isonomia, a publicidade e a supremacia do interesse público sobre o privado, abre brechas para a corrupção, à precarização das relações de trabalho e de assistência, bem como fere importantes direitos conquistados pela sociedade brasileira.

## Referências

ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA (SPDM). Quem somos. s/d. [on line] Disponível em: <http://www.spdm.org.br/site/pt/quem-somos.html> Acesso em 11 no. 2013

BARBOSA E SILVA, Leonardo. *O governo lula e a agenda dos anos 90: Ambigüidade na política administrativa*. Tese de doutorado em Sociologia, UNESP, Araraquara, 2008.

BARBOSA E SILVA, Leonardo. A interiorização da reforma administrativa no Brasil, as parcerias da administração pública e ONGs e as implicações para o controle social. Em: *Seminário Nacional 3., 2010*; Seminário Internacional Movimentos Sociais Participação e Democracia, 1., 2010, Florianópolis: NPMS. 2010. p. 1283-1294.

BRASIL. Ministério Público Federal. *Ação civil pública pede a anulação dos contratos celebrados entre a prefeitura de Uberlândia e a fundação que administra os postos de saúde locais*. Disponível em [http://www.prmg.mpf.gov.br/noticias/noti\\_result.php?id=141&dados=](http://www.prmg.mpf.gov.br/noticias/noti_result.php?id=141&dados=) .

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. *As parcerias na administração pública: concessão, permissão, franquias, terceirização e outras formas*. 2 ed. São Paulo : Atlas, 1997.

GRAMSCI, Antônio. *Maquiavel, a política e o Estado moderno*. 8. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Estimativas das populações residentes em 1º de julho de 2009, segundo municípios. Rio de Janeiro : IBGE, s/d. [on line] Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/POP2009\\_DOU.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/POP2009_DOU.pdf) f Página visitada em 22 set. 2010.

MONTAÑO, Carlos. *Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social*. São Paulo: Cotez, 2002.

MONTAÑO, Carlos. *Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social*. São Paulo: Cotez, 2002.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. *As possibilidades da política – ideias para a reforma democrática do Estado*. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

PAIM, Jairnilson Silva. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

SINDICATO DOS SERVIDORES PÚBLICOS DE SÃO BERNARDO DO CAMPO (SINDSERVSBC). O hospital municipal está na UTI. *SINDSERVSBC Jornal*, 7/8/2012. [on line]  
[http://www.sindserv.org.br/sindserv/publish/opiniaO/O\\_Hospital\\_Municipal\\_est\\_na\\_UTI.php](http://www.sindserv.org.br/sindserv/publish/opiniaO/O_Hospital_Municipal_est_na_UTI.php) . Acesso em 7 ago. 2012.

SOUZA, Ana Carolina Lage Muniz de & VALADÃO Jr., Valdir Machado. Terceiro setor na saúde: a gestão das Unidades de Atendimento Integradas (UAIs) realizada pela Fundação Maçonica Manoel dos Santos. *Seminários em Administração FEA-USP 09 e 10 de Agosto de 2007*. Disponível em: [www.ead.fea.usp.br/semead/10semead/sistema/resultado/.../478.pdf](http://www.ead.fea.usp.br/semead/10semead/sistema/resultado/.../478.pdf). 2007 .

UBERLÂNDIA. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Planejamento e Informação em Saúde. *Relatório de Gestão 2010*. Uberlândia, MG, 2010. Disponível em: [http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms\\_b\\_arquivos/62.pdf](http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/62.pdf) Acesso em: 13 dez 2011.

UBERLÂNDIA. Secretaria Municipal de Saúde. Missão Sal da Terra. Unidade de Atendimento Integrado (UAI) São Jorge. *Relatório de Gestão 2007-2010*. Uberlândia, MG, 2010.

UBERLÂNDIA. *Decreto nº 11.679 de 22 de maio de 2009*. Dispõe sobre o novo modelo de contrato de gestão relativo às Unidades de atendimento Integral – UAI's, PSF's e do Hospital Municipal de Uberlândia e dá outras providências. Uberlândia/MG. Disponível em: [www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms\\_b\\_arquivos/leismunicipais/2/1/Decreto%2520n%252011679-2009.doc+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk](http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/leismunicipais/2/1/Decreto%2520n%252011679-2009.doc+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk)

UBERLÂNDIA. *Contrato de Gestão nº 579/2007*. Que regulamenta o desenvolvimento das ações e serviços de saúde na Unidade de Atendimento Integrado – São Jorge, que entre si celebram o município de Uberlândia e a Missão Sal da Terra, qualificada como Organização Social. Uberlândia, MG, 06 de agosto de 2007.

UBERLÂNDIA. *Lei nº 7.579, de 06 de julho de 2000*. Dispõe sobre a qualificação de organizações sociais do município. Uberlândia/MG. Disponível em: <http://cm-uberlandia.jusbrasil.com.br/legislacao/840551/lei-7579-00>.