



PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS NA GESTÃO DE HOSPITAIS PÚBLICOS: análise do SUS do Estado de Goiás, no período de 2015 a 2016*

Rafaella Brito Silveira**
João Paulo de Oliveira Abreu***

RESUMO

O presente artigo propõe-se a analisar as particularidades das parcerias público-privadas em relação aos hospitais públicos do Estado de Goiás no período de 2015 a 2016, apontando as concessões de serviços mais benéficas. E para tal, buscou-se demonstrar a princípio o direito a saúde na Constituição Federal de 1988 como direito inerente, analisar o Sistema Único de Saúde e sua ineficácia perante o sistema, apresentar as Parcerias Público-Privadas e os contratos de concessão voltados à gestão hospitalar e a efetividade dos resultados das Parcerias Público-Privadas e das concessões na prestação de serviços. Esta pesquisa constituiu-se em uma revisão de literatura, pautando-se na legislação (Lei nº 11.079/04, Lei nº 8.080/90, Constituição Federal), revistas jurídicas, juntamente com as divergências doutrinárias disponíveis ao tema, com o intuito de possibilitar uma boa discussão e fundamentação textual da pesquisa. Conclui-se que a modalidade de concessão administrativa pode ser considerada o melhor modelo para a prestação de serviços públicos na área da saúde, pois é voltada à prestação de serviços em que o usuário não paga por se tratar de usuário público e os serviços de saúde vão ser administrados por empresas privadas que celebraram contratos de concessão com o Estado.

Palavras-Chave: Sistema Único de Saúde. Parceria Público-Privada. Direito à Saúde.

ABSTRACT

This article proposes to analyze the particularities of the public-private partnerships in relation to the public hospitals of the State of Goiás in the period from 2015 to 2016, indicating the most beneficial service concessions. In order to do so, it sought to demonstrate the right to health in the Federal Constitution of 1988 as an inherent right, analysis of the Unified Health System and its ineffectiveness before the system, presented the Public-Private Partnerships and the concession contracts directed to the management hospital and the effectiveness of the results of Public-Private Partnerships and of the concessions in the provision of services. This research has as literature review, based on legislation (Law 11.079/04, Law 8.080/90, Federal Constitution), legal journals, coupled with the doctrinal divergences available to the theme, with the intention of making a good discussion and the textual foundation of the research. It is concluded that the administrative concession modality can be considered the best model for

* Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Curso de Direito da Faculdade de Jussara/FAJ, como parte obrigatória para obtenção de Grau de Bacharel em Direito.

** Graduanda do Curso de Direito da Faculdade de Jussara. E-mail: rafaellabsilveira@hotmail.com

*** Orientador, Especialista, possui graduação em Tecnologia em Processamento de Dados pela Universidade Estadual de Goiás (2003) e graduação em Direito pela Faculdade Montes Belos (2010). Atualmente é professor e membro do Núcleo de Prática Jurídica da Faculdade de Jussara – UNIFAJ. É professor de direito licenciado da Faculdade Aliança de Itaberaí (FAIT). Atuou como professor assistente I da Faculdade Noroeste De Goiânia. E-mail: prof.jp.oliveira@gmail.com

the provision of public services in the health area, since is focused on providing services in which the user does not pay for being a public user, in the which health services will be administered by private companies that have entered into concession agreements with the State.

Keywords: Unified Health System. Public-Private Partnerships. Right to Health.

1. INTRODUÇÃO

A saúde pública encontra-se como um dos principais problemas do Estado brasileiro, pois as situações vivenciadas nos hospitais públicos demonstram episódios absurdos de descasos e precariedades no sistema de saúde em todos os seus setores. Mas quem sofre com isso são os usuários desses serviços, em especial, a população carente que depende desse tipo de atendimento específico por não ter recursos financeiros que lhes propiciem a escolha de atendimentos em redes particulares.

A partir da realidade vivenciada por aqueles que dependem exclusivamente do atendimento proveniente do Sistema Único de Saúde (SUS), constata-se que as Parcerias Público-Privadas na gestão de hospitais públicos propiciam melhorias em demasiados âmbitos relacionados com atendimento e suporte propriamente dito. Neste sentido, observa-se que a saúde da população é um dos mais fortes indicadores que o país pode ter como fator classificatório de seu desenvolvimento como positivo, considerando a saúde como direito fundamental, sendo dever do Estado garanti-la.

Perante isso, esta pesquisa mostra-se importante, pois tem à intenção de demonstrar que as Parcerias Público-Privadas (PPPs) são uma boa alternativa para recuperar a saúde da população e evitar mortes em filas de espera por atendimento, podendo reduzir os gastos públicos em custeio e investimento na saúde, aumentar a eficiência, melhorar a gestão e qualidade técnica dos serviços. Portanto, a relevância teórica e científica da pesquisa se dá por trazer novas abordagens sobre o tema em questão, agregando conhecimento no âmbito jurídico as bibliografias já publicadas. Assim, a pesquisa apresenta uma reflexão crítica sobre o tema, trazendo a importância da discussão no meio acadêmico.

Esta pesquisa possui como procedimento metodológico a revisão de literatura, pautando-se no estudo bibliográfico realizado por meio de leituras na legislação, Lei nº 11.079/04, Lei nº 8.080/90, Constituição Federal, revistas jurídicas, acoplado com as divergências doutrinárias disponíveis ao tema. Buscando sempre a leitura de autores renomados, benquistos, com o intuito de se fazer uma boa discussão, possibilitando a fundamentação textual da pesquisa.

O método de pesquisa foi realizado de forma dedutiva, já que foram buscados meios e dados de informações relacionados ao tópico em questão, para que somente depois deste se possa adquirir uma resposta ao problema embasado. Desta forma, a pesquisa foi alicerçada em fontes indiretas, para uma apreciação analítica a partir das abordagens teóricas e os seus requisitos concernentes a parcerias público-privadas na gestão de hospitais públicos.

Portanto, o presente artigo propõe-se a analisar as particularidades das parcerias público-privadas em relação aos hospitais públicos do Estado de Goiás no período de 2015 a 2016, apontando as concessões de serviços mais benéficas. E para tal, buscou-se demonstrar o direito a saúde na Constituição Federal de 1988 como direito inerente, fez-se uma análise do Sistema Único de Saúde e sua ineficácia perante o sistema, apresentou as Parcerias Público-Privadas e os contratos de concessão voltados à gestão hospitalar e a efetividade dos resultados das Parcerias Público-Privadas e das concessões na prestação de serviços.

2. O DIREITO A SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 COMO DIREITO INERENTE

2.1 Breve construção histórica dos direitos sociais no Brasil

A evolução dos direitos sociais no Brasil surgiu a partir da proclamação da sua independência de Portugal em 1822 e percorreu um caminho até sua primeira Constituição que foi denominada de Constituição Império em 1824.

A Constituição outorgada em 1824, que regeu o país até o fim da monarquia, combinando ideias de constituições europeias, como a francesa de 1791 e a espanhola de 1812, estabeleceu os três poderes tradicionais, o Executivo, o Legislativo (dividido em Senado e Câmara) e o Judiciário. Como resíduo do absolutismo, criou ainda um quarto poder, chamado de Moderador, que era privado do imperador (CARVALHO, 2016, p. 35).

Os direitos sociais, direitos com igualdade perante a lei, liberdade de trabalho e direito à saúde estavam previstos no Artigo 179 da Constituição Império e, para aquela época, esta legislação era liberal. Todavia apesar da independência não houve muitas mudanças no país, e esses direitos eram destinados para poucos, a herança colonial ainda era muito presente.

Então, em 1889, foi realizado a Proclamação da República, e em 1891 foi criada a Constituição dos Estados Unidos do Brasil, que adotava forma representativa, tendo grande influência pela doutrina dos Estados Unidos, o que não condizia com a realidade do Brasil e por isso não teve eficácia social (BRASIL, 1891).

No entanto, só em 1930, quando Getúlio Vargas se tornou presidente e com a criação da Constituição do Brasil de 1934, que os direitos sociais tiveram grande relevância. Em seu Artigo 10, a Constituição Federal previa que os Estados tinham que cuidar da saúde e da assistência pública da população. E no Artigo 121 ficavam assegurados os direitos dos trabalhadores (BRASIL, 1934).

Nesta perspectiva, ao analisar a cidadania no Brasil, Carvalho (2016) traz o conceito de consolidação das questões sociais:

Desde o primeiro momento, a liderança que chegou ao poder em 1930 dedicou grande atenção ao problema trabalhista e social. Vasta legislação foi promulgada, culminado na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) de 1943. [...] O período de 1930 a 1945 foi o grande momento da legislação social (CARVALHO, 2016, p. 114).

Porém, essa Constituição perdurou apenas três anos, e em 1937 foi criada a quarta Constituição brasileira, que previa em seu Artigo 16 a legislação sobre a defesa e a promoção da saúde por parte da União e no Artigo 137 os preceitos que as relações de trabalho deveriam seguir; essa Constituição acabou com independência dos três poderes (BRASIL, 1937).

Com a queda de Getúlio Vargas do poder em 1946, foi promulgada uma nova Constituição. Essa Constituição reestabeleceu o equilíbrio dos três poderes e os direitos e garantias individuais e sociais, conferido mais vigor aos direitos dos trabalhadores em seus artigos 157 e 168. Em 1969 foi promulgada uma nova Constituição, e o presidente na época era Marechal Arthur da Costa e Silva. Entretanto, como os militares que continham o poder, os direitos sociais foram deixados de lado. Depois de várias lutas, só em 1988 foi restabelecido os direitos sociais (BRASIL, 1969).

Portanto, somente em 1988 foi promulgada a atual Constituição, conhecida como Constituição Cidadã, onde tem-se direitos sociais reconhecidos e garantidos. Todavia, sabe-se que muitas vezes esses direitos não são praticados, mas é preciso continuar lutando para tornar o Brasil um país melhor.

2.2 Direitos sociais previstos na CF/88: saúde como direito humano

Com o advento da Constituição Federal de 1988, houve muitas mudanças e uma delas foi à promoção da dignidade da pessoa humana, em seu artigo 1º, inciso III, compreendendo o direito a saúde: “A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: [...] III - a dignidade da pessoa humana” (BRASIL, 1988). Neste

sentido, em seu artigo 6º traz as primeiras indicações dos direitos sociais: “São direitos sociais a **educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados**, na forma desta Constituição” (BRASIL, 1988, grifo do autor).

Nesta perspectiva, Sundfeld (2009), em sua análise sobre fundamento de direito público, afirma:

O Estado torna-se um Estado social, positivamente, atuante para ensejar o *desenvolvimento* (não mero crescimento, mas a elevação do nível cultural e a mudança social) e realização da *justiça social* (é dizer, a extinção das injustiças na divisão do produto econômico).

[...]

De outro lado o indivíduo adquire o *direito de exigir certas prestações positivas do Estado*: o direito a educação, a previdência social, a saúde, ao seguro desemprego e outros mais (SUNDFELD, 2009, p. 55).

Desse modo, entende-se que o Estado garante aos indivíduos direitos fundamentais e os cidadãos tem o direito de exigi-los, por meio de ações positivas provenientes deste.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), em seu artigo 25, também vislumbra o direito a saúde:

1. Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948).

Assim a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) determina o alicerce dos direitos sociais e apresenta a saúde como direito intransferível e fundamental de toda e qualquer pessoa, apresentando o princípio da dignidade e da solidariedade. Muitas Constituições incluíram esse direito, como é o caso do Brasil, que fica evidente no Art. 6º da Constituição Federal de 1988.

2.3 A análise constitucional pertinente à saúde enquanto direito

O Artigo 6º da CF/88 tem-se elencados os direitos sociais que o Estado tem o dever de garantir; são direitos básicos de toda e qualquer pessoas e fundamentais para a dignidade.

Dispõem os Artigos 23, inciso II, 24, XII, e 30, VII da CF/88, é dever da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios de cuidar da saúde pública, promovendo assim uma boa estrutura para atender as necessidades da população.

Os artigos 34, inciso VII, alínea “e” e 35, III da CF/88, demonstram que a União não deve intervir nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios, exceto se esses precisarem de recursos financeiros para manutenção e desenvolvimento das ações e serviços públicos de saúde.

Já os artigos 194 e 195, § 10º da CF/88, deixam claro que a seguridade social faz parte de um conjunto de ações que os poderes públicos usam para arrecadar o dinheiro para depois transformá-lo em benefício da sociedade, através da promoção do Sistema Único de Saúde e a Assistência Social.

Por fim, os artigos 196, 197, 198, 199 e 200 da CF/88, trazem o direito à saúde como dever do Estado e mecanismos para a promoção de serviços públicos, para promoção e proteção da saúde pública, possibilitando que a iniciativa privada ajude de forma complementar o Estado em promover um serviço de melhor qualidade, desde que sigam as diretrizes estabelecidas no contrato e também prevê as atribuições do Sistema Único de Saúde.

2.4 Reconhecimento da constitucionalidade das Parcerias Público-Privadas (PPP) no setor da saúde pelo Supremo Tribunal Federal

Com base em duas decisões do Supremo Tribunal Federal, ficou caracterizado o entendimento que as parcerias com a iniciativa privada na área da saúde são sim uma opção constitucionalmente permitida, conforme demonstram os votos dos Ministros Dias Toffoli e Luiz Fux, no Recurso Extraordinário nº 581.488/RS e na Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1923/DF, onde foi discutida a constitucionalidade do modelo de gestão por Organizações Sociais:

Voto, Min. Dias Toffoli:

A ação complementar não implica que o privado se torne público ou que o público se torne privado. Cuida-se de um processo político e administrativo em que o Estado agrega novos parceiros com os particulares, ou seja, com a sociedade civil, buscando ampliar, completar, ou intensificar as ações na área da saúde.

Não significa, sob o espectro constitucional, que somente o poder público deva executar diretamente os serviços de saúde - por meio de uma rede própria dos entes federativos -, tampouco que o poder público só possa contratar instituições privadas para prestar atividades meio, como limpeza, vigilância, contabilidade, ou mesmo determinados serviços técnicos especializados, como os inerentes aos hemocentros, como sustentado por parte da doutrina.

Conforme salientado por Geisa de Assis Rodrigues, “as instituições privadas têm liberdade para prestar serviços de saúde. Podem atuar de forma complementar ao SUS ou não. As que complementam as atividades do Poder Público no SUS estão plenamente sujeitas às suas regras, sendo preferencialmente de fins não lucrativos ou entidades filantrópicas. Os serviços prestados por meio de convênio ou contrato

público são remunerados, observando os critérios fixados pela Direção nacional do SUS e aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde. É importante ressaltar que os valores são estabelecidos através de um ato administrativo complexo, ou seja, só é fixado quando definido pelo Ministro da Saúde e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, como determina a lei” (BRASIL, 2016).

Voto, Min. Luiz Fux:

Como regra, cabe aos agentes eleitos a definição de qual modelo de intervenção, direta ou indireta, será mais eficaz no atingimento das metas coletivas conclamadas pela sociedade brasileira, definindo o modelo de atuação que se mostre mais consentâneo com o projeto político vencedor do pleito eleitoral. Foi com base nisso que, principalmente no curso do século passado, preponderou a intervenção direta do Estado em diversos setores sociais, como consequência dos ideais que circundavam a noção de Estado Social (BRASIL, 2015).

Com isso, após esses votos, não resta dúvida de que as Parcerias Público-Privadas na prestação de serviços públicos são atos constitucionalmente válidos e que vem com o viés de complementar o serviço público, trazendo assim para a sociedade mais bem-estar e garantia do cumprimento eficaz dos serviços prestados.

2.5 O que é Parceria Público-Privada (PPP)?

As Parcerias Público-Privadas surgem da união do ente Público com o ente Privado para a construção ou reforma de um determinado projeto voltado à saúde, educação, lazer, qualquer área pública, que irá beneficiar toda a sociedade. Assim, com o objetivo de melhor atender as necessidades prioritárias da população, o Estado cria contratos com a iniciativa privada para a prestação do serviço público (BRASIL, 2004).

A Constituição Federal, em seu artigo 175, permite ao Poder Público fazer concessões com o setor Privado com o fim de melhorar a prestação do serviço Público e, desse modo, garantir o bem-estar de todos. Como pode ser observado no trecho abaixo:

Art. 175. Incumbe ao Poder Público, na forma da lei, diretamente ou sob regime de concessão ou permissão, sempre através de licitação, a prestação de serviços públicos.

Parágrafo único. A lei disporá sobre:

I - o regime das empresas concessionárias e permissionárias de serviços públicos, o caráter especial de seu contrato e de sua prorrogação, bem como as condições de caducidade, fiscalização e rescisão da concessão ou permissão;

II - os direitos dos usuários;

III - política tarifária;

IV - a obrigação de manter serviço adequado (BRASIL, 1988).

Em uma análise complementar, Di Pietro (2009) afirma que o sucesso das Parcerias Público-Privadas (PPP) em outros países como Inglaterra, Irlanda, Portugal entre outros, fez com que fosse materializado um projeto de lei que fosse encaminhado para o Congresso

Nacional com o intuito de ser incorporado ao ordenamento jurídico brasileiro. Neste sentido, para a referida autora, diante da falta de recursos financeiros e aproveitando da capacidade de gestão do setor privado, o sistema de contratação pelo Poder Público representa uma alternativa para o crescimento econômico e melhoria da prestação dos serviços públicos para seus usuários.

Neste contexto, as Parcerias Público-Privadas trazem um novo modelo de concessão: a concessão administrativa e a concessão patrocinada, presentes no artigo 2º, § 1º e § 2º da Lei nº 11.079/04, que instituem normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública, possibilitando compreender em que consiste cada uma delas:

Art. 2º Parceria público-privada é o contrato administrativo de concessão, na modalidade patrocinada ou administrativa.

§ 1º Concessão patrocinada é a concessão de serviços públicos ou de obras públicas de que trata a Lei nº 8.987, de 13 de fevereiro de 1995, quando envolver, adicionalmente à tarifa cobrada dos usuários contraprestação pecuniária do parceiro público ao parceiro privado.

§ 2º Concessão administrativa é o contrato de prestação de serviços de que a Administração Pública seja a usuária direta ou indireta, ainda que envolva execução de obra ou fornecimento e instalação de bens (BRASIL, 2004).

Com o implemento desses dois modelos de concessão, experimenta-se maiores vantagens para o setor público, pois caberá ao setor privado produzir projetos básicos, financiamento e gestão e o ente público só terá de aceitar ou não. Na concessão administrativa o poder público assume todo o pagamento do serviço que será realizado pela entidade privada; essa remuneração é feita por pagamentos periódicos, assim os utentes desses serviços não têm que arcar com uma contrapartida financeira (BRASIL, 2004).

Na concessão patrocinada, o adimplemento pelo serviço prestado é feito em parte pelo poder público e a outra parte pelos usuários, através da cobrança de tarifas. Nesse mesmo sentido, a normativa nº 11.079/04 vem para reafirmar a garantia de que o Estado irá cumprir seu papel de assegurar os direitos fundamentais que estão previstos na Constituição Federal.

Os contratos de Parcerias Público-Privadas devem ter um valor mínimo de R\$ 20.000.000,00 (vinte milhões de reais) e duração mínima de 5 (cinco) anos e máxima de 35 (trinta e cinco) anos. Qualquer que seja a obra ou a prestação de serviço, tem que seguir esses critérios definidos em lei. As contratações devem ser feitas por licitações na modalidade de concorrência (BRASIL, 2004).

Existem vários projetos pelo Brasil de PPPs, como no Rio Grande Sul, Santa Catarina, Piauí, São Paulo, Minas Gerais, Espírito Santo, Bahia, Sergipe e Pernambuco, podendo

figurar a título de exemplo a construção do Complexo Datacenter do Banco do Brasil e Caixa em Brasília, a construção do Complexo Prisional de Ribeirão das Neves, em Minas Gerais, a reforma no estádio do Mineirão, em Belo Horizonte, o fornecimento e manutenção de trens da Companhia Paulista de Trens Metropolitanos (CPTM) de São Paulo, a construção do Hospital do Subúrbio (HS) em Salvador, que já está em funcionamento e é o primeiro hospital público do Brasil favorecido por uma Parceria Público-Privada (PORTAL BRASIL, 2012).

Portanto as Parcerias Público-Privadas tratam-se de um modelo inovador que promete muitos benefícios aos usuários e também ao poder público, já que reduzem os gastos públicos e custos de investimento, aumentando a eficácia, melhorando a gestão e qualidade técnica dos serviços.

3. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E SUA INEFICÁCIA PERANTE O SISTEMA

Com o advento da Constituição Federal de 1988, a saúde pública tornou-se direito universal de todos os cidadãos, sendo um dever do Estado garanti-la. Com isso, houve a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Até então, no Período Colonial/Imperial (1500 a 1889) não existia políticas de saúde; na época existiam medidas que minimizavam problemas de saúde que poderiam afetar a produção econômica. A assistência médica era só para as classes dominantes, e os que não tinham recursos recorriam à medicina popular ou a curandeiros. Nesse período surgiram as primeiras casas de misericórdia, que amparavam os necessitados (AGUIAR, 2015).

No período da Primeira República ou República Velha (1889 a 1930) a situação da saúde era praticamente a mesma do período anterior: as ações e programas existentes de saúde apenas visavam o controle de doenças nas áreas fundamentais, o saneamento básico era precário e só havia nos espaços de circulação de mercadorias. (LUZ, 1991).

Porém, nessa época, começaram a surgir medidas para combater as epidemias, com Oswaldo Cruz, médico e pesquisador, sendo nomeado para diretoria da saúde pública. Este elegeu as campanhas sanitárias, com a finalidade de desenvolver vacinas e impôs que a população se submetesse a estas. Esta imposição acabou desencadeando uma revolta, pois a população estava inconformada com as medidas autoritárias e policiais das campanhas. Então em 1920, Carlos Chagas assumiu o lugar de Oswaldo Cruz, criando alguns programas que introduziram educação sanitária para a população. Nesta época também ocorreu à criação

da Previdência Social, onde foi incorporada a assistência médica aos trabalhadores (LUZ, 1991).

No período da Segunda República ou Era Vargas (1930 a 1945), com a reestruturação do Estado, foi criado o Ministério da Educação e Saúde. Contudo, as políticas de saúde eram como as antigas, onde só a população que tinha mais poder aquisitivo usava os serviços privados de saúde, enquanto o restante recorria às instituições de caridade. No período de Redemocratização ou Desenvolvimentista (1945 a 1963) com o governo Dutra, foi lançado o Plano Salte (saúde, alimentação, transporte e energia) onde a saúde começou a ser prioridade. Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, sem vínculo com a área da educação, todavia os recursos destinados à saúde eram poucos, mas já começou a ter avanços (AGUIAR, 2015).

No período do Regime Militar (1964 a 1984), foi implementado um sistema que se caracterizava pela supremacia do financeiro, com a comercialização da saúde. Com isso ocorreu à promoção da unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) com a criação do Instituto Nacional da Previdência e Assistência Social (INPS). Mas o Ministério da Saúde não conseguia atender todos os problemas da população por falta de recursos. Nesse período também aconteceu à desvinculação do sistema previdenciário do Ministério do Trabalho, para se vincular ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Com o MPAS surgiram vários fundos de apoio para melhorar a prestação dos serviços de saúde (LUZ, 1991).

Em 1977, foi criado o Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social (SIMPS) que continha vários órgãos. Um deles era o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), um subsídio para os trabalhadores com carteira assinada: eles tinham o direito à assistência médica, enquanto os demais que não possuíam carteira assinada, viviam a mercê da própria sorte. Assim, a população insatisfeita com a saúde pública, diante da realidade de quem não possuía recursos econômicos não teria qualquer garantia ou acesso a estes serviços, realizaram vários movimentos no intuito de exigir uma saúde de qualidade, que fosse direito de todos e dever do Estado (AGUIAR, 2015).

No período da Nova República (1985 a 1988) com a realização da VIII Conferência Nacional da Saúde em 1986, foi aberto um espaço para que se debatessem os problemas do sistema de saúde. Foi nessa conferência que houve o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado. Em 1988, com a criação da nova Constituição Federal, foi aprovado esse direito e instituído o Sistema Único de Saúde (SUS) (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Com a criação da nova e atual Constituição Federal, conhecida também como constituição cidadã, a saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado, como pronuncia em seu artigo art. 196:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

E com base no artigo acima mencionado, fica claro que a saúde é um direito universal que inclui todos, sem qualquer tipo de distinção, e o Estado tem de garanti-la, seja por meio de políticas sociais ou econômicas. Com o fim de reduzir o risco de doença e outros agravantes, todos têm o direito de ser atendidos de forma igualitária, para que possa haver sua promoção, proteção e recuperação.

No artigo 198 da CF/88, fica visível a criação do SUS, conforme texto constitucional:

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

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

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

III - participação da comunidade.

§ 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (BRASIL, 1988).

O artigo demonstra ainda como o Estado está interessado em criar um sistema que atenda a todos e garanta os direitos fundamentais previstos. Com o intuito de melhor atender as necessidades da população e de reforçar as garantias constitucionais apresentadas, em 19 de setembro de 1990, foi criada a Lei Orgânica do SUS (Lei nº 8.080/90), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Nesta perspectiva, Souza (2015) afirma:

O direito à saúde está intimamente vinculado ao direito à vida e conseqüentemente à dignidade humana. Sendo assim, tais direitos vêm antes mesmo do fenômeno da normatividade, da positividade do direito. Não obstante, a Constituição Federal de 1988 pode ser considerada um marco na conformação jurídica do direito à saúde, em especial pela responsabilidade que outorgou ao Estado brasileiro em garantir tal direito, nos termos do art. 196. E o Brasil deve cumprir esse dever por meio do desenvolvimento de políticas sociais e econômicas direcionadas à redução dos riscos de doenças e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

O Estado, para se desincumbir de tal atribuição, criou o Sistema Único de Saúde (SUS), que surge, assim, como a ferramenta para que os componentes da federação cumpram seu dever constitucional. Pela ótica do cidadão, é esse sistema que

materializa o seu direito à saúde. Entretanto, o SUS é muito mais amplo em termos de atribuições e não fica restrito somente à prestação de serviços de atenção à saúde, como a princípio possa parecer (SOUZA, 2015, p. 13-14).

Essa Lei tem como principal intenção regular, “em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado” (BRASIL, 1990).

De acordo com o Art. 2º, § 1º da Lei nº 8.080/90, a saúde é direito de todos e dever do Estado, apresentando as formas como o Estado irá garanti-la:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua **promoção, proteção e recuperação** (BRASIL, 1990, grifo do autor).

Para a promoção da saúde, faz-se necessário cuidar das pessoas antes que algo aconteça, com um trabalho preventivo. De acordo com o Glossário do Ministério da Saúde (2004), Promoção da Saúde é:

Nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente (BRASIL, 2004).

A Proteção a Saúde são as medidas preventivas como vacinação, exames preventivos entre outros. Já a Recuperação da Saúde, é cuidar dos que já estão doentes, através do atendimento hospitalar.

De acordo com o Ministério da Saúde (2017), o SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, e atende toda a população brasileira, desde procedimentos simples de ambulatórios até os mais complexos, como transplantes de órgãos, garantindo o acesso integral, universal e gratuito a todos.

O título II da Lei nº 8.080/90 traz as disposições preliminares do Sistema Único de Saúde. Em seu artigo 5º têm-se os objetivos do SUS:

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 1990).

E neste sentido, Carvalho (2013), em sua pesquisa sobre saúde pública, afirma:

A saúde deve fazer estudos epidemiológicos sobre os condicionantes e determinantes da saúde; trabalho, salário, comida, casa, meio ambiente, saneamento, educação, lazer, acesso aos bens e serviços essenciais e divulgá-los. Ao não identificar e divulgar as causas das doenças e seus condicionantes e determinantes, passa-se a atribuir à área de saúde a responsabilidade única pela falta de saúde (CARVALHO, 2013, p. 11).

Esses estudos servem para reduzir o risco de doenças, pois o maior objetivo do SUS não é tratar de doenças, mas sim impedir que as pessoas fiquem doentes, e isso ocorrerá se houver uma prevenção, que é feita através das medidas mencionadas. E com isso, atende-se e cumpre-se uma garantia Constitucional.

Os princípios e diretrizes do SUS encontram-se mencionados no artigo 7º da Lei nº 8.080/90. Os principais são: a universalidade, que significa que o direito à saúde é para todos; igualdade, que aduz que não existe discriminação, todos são iguais e todos têm os mesmos direitos e acessos; a integralidade, os serviços do SUS devem funcionar em rede, todos os serviços devem ser prestados desde o mais simples até o mais complexos; a equidade, que assegura que os serviços de saúde devem ser prestados de acordo com a necessidade de cada um, onde deve priorizar os que têm mais necessidade; descentralização, quer dizer que o SUS deve estar próximo de todos, que ele deve estar em todos os lugares, para assim conseguir atender a todos e cumprir seu papel (BRASIL, 1990).

O financiamento do SUS está positivado no artigo 33 da Lei nº 8.080/90, onde prevê que os recursos serão depositados em uma conta Especial ou Fundo de Saúde. No artigo 35 da mesma lei, está estabelecido como será feito os repasses dos recursos da esfera Federal, para a Estadual e Municipal.

Esse orçamento é desenvolvido com a participação dos órgãos responsáveis pela saúde, previdência e assistência social e também as considerações estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentaria. De acordo com a Emenda Constitucional nº 29 de 2000, cada esfera governamental deve destinar uma contribuição mínima de sua receita para ser aplicada na área da saúde: os Estados devem disponibilizar 12% e os municípios 15% de suas receitas, já União o percentual mínimo é determinado com base na variação do Produto Interno Bruto (PIB) (AGUIAR, 2015).

Essa descentralização do SUS serve para que os recursos sejam utilizados da melhor forma possível, pois cada município sabe das suas necessidades e realidade, podendo destinar

esses valores com maior eficiência na prestação dos serviços. Porém, os investimentos realizados na saúde são bem baixos, como mostra notícia abaixo.

Comparado com outros países que têm sistema universal de saúde, o Brasil é a nação que tem o menor percentual de investimento público em relação ao Produto Interno Bruto (PIB), segundo dados apresentados pelo secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, Jarbas Barbosa, durante o Fórum Estadão Saúde.

Os dados mostram que o governo brasileiro investe 4,7% do PIB em saúde, índice muito inferior aos gastos de Canadá, França, Suíça e Reino Unido, onde os percentuais de investimento variam de 7,6% a 9,0% (CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA, 2015).

Verifica-se neste íterim que o SUS, a título de investimentos, os angaria inadequadamente por parte do governo, inviabilizando o atendimento face a grande demanda de pessoas que necessitam de seus serviços, tornando-o assim ineficiente. Assim posto, a existência de investimentos apropriados combinados a uma boa gestão fará com que o SUS possa atingir seus objetivos institucionais.

4. A EFETIVIDADE DOS RESULTADOS DAS PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS E DAS CONCESSÕES NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Um dos grandes desafios do SUS são a falta de investimento e uma gestão de qualidade, pois de acordo com Alexandre (2015), a qualidade e a quantidade dos gastos do Brasil em saúde são poucos.

O Brasil gasta 212 dólares anuais per capita, 96 dólares públicos com saúde, valor bem inferior comparado aos gastos da Argentina que é 426 dólares, 300 dólares públicos. O Chile gasta 282 dólares, 137 dólares públicos; a Costa Rica 305 dólares, 240 dólares públicos e o México gasta 372 dólares, 172 dólares públicos. Para que os gastos públicos com saúde aumentem, é necessária uma regulamentação na Emenda Constitucional nº 29, fato que ainda não ocorreu (ALEXANDRE, 2015).

Em consequência, o SUS não consegue atender todas as necessidades da população e nem cumprir o seu devido papel. Com isso, a Lei nº 8.080/90 prevê a participação da iniciativa privada na prestação de serviços públicos de saúde em seus artigos 24 e 25, bem como a Constituição Federal, no artigo 197 e no parágrafo primeiro do artigo 199, que expõem:

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990).

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.

§ 1º 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 (BRASIL, 1988).

Neste sentido, Di Pietro (2009), ao estudar as parcerias na administração pública, afirma:

É importante realçar que a Constituição, no dispositivo citado, permite a participação de instituições privadas “**de forma complementar**”.

[...]

A lei 8.080, de 19-9-90, que disciplina o Sistema Único de Saúde, prevê, nos arts. 24 a 26, a **participação complementar**, só admitindo-a quando as disponibilidades do SUS “forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área”, hipótese em que a participação complementar “será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público” (DI PIETRO, 2009, p. 227).

Dessa forma, a Lei nº 11.079 de 2004 traz como inovação a possibilidade de conceder à iniciativa privada os serviços públicos gratuitos. Como já mencionado anteriormente, as novas concessões trazidas pela Lei citada são a concessão administrativa e a concessão patrocinada.

E como diz Mânica (2010) em sua análise sobre o setor privado nos serviços públicos de saúde, entende-se que as parcerias público-privadas podem prestar assistência ao poder público de forma complementar:

[...] pode-se concluir que a assistência prestada por meio da iniciativa privada deve complementar as atividades de competência do SUS, as quais não podem ser integralmente executadas por terceiros. Assim, quando a Constituição Federal menciona a complementaridade da participação privada no setor de saúde, ela determina que a participação da iniciativa privada deve ser complementar ao SUS, incluídas todas as atividades voltadas à prevenção de doenças e à promoção, proteção e recuperação da saúde, dentre as quais aquelas de controle e fiscalização. (MÂNICA, 2010, p. 163).

A primeira Parceria Público-Privadas (PPP) no setor da saúde no Brasil foi realizada no Hospital do Subúrbio, na Bahia. O atendimento à população foi iniciado em 2010 através

do Sistema Único de Saúde (SUS) em casos de urgência e emergência. Conta com centro de bioimagem, raios X, tomógrafo, ultrassonografia, ressonância magnética e endoscopia, dentre outros. O hospital beneficia cerca de um milhão de habitantes de todo o subúrbio, além da população de bairros como Valéria, Cajazeiras, Castelo Branco e Pau da Lima e municípios da Região Metropolitana de Salvador (BAHIA, 2010).

De acordo com Mânica (2014), em seu estudo sobre a Viabilidade Econômica e Estabilidade das Parcerias Público-Privada, o hospital em questão foi efetivado mediante a concessão administrativa, que pode ser considerada a melhor forma de concessão para serviços voltados à saúde, conforme pode ser observado no trecho abaixo:

[...] a concessão administrativa pode ser usada nas hipóteses em que não há um usuário final, como na construção de edifícios para uso exclusivo de órgãos públicos, e também nas hipóteses em que os serviços a serem prestados são necessariamente gratuitos. Essa segunda hipótese abriga os serviços públicos de saúde. Considerados pelo ordenamento brasileiro como gratuitos, os serviços de saúde podem ser prestados por empresas privadas que celebram contratos de concessão administrativa com o Estado. Por meio dessa modalidade de ajuste, o parceiro privado compromete-se a construir e/ou equipar uma unidade de saúde pública, bem como prestar o serviço de modo gratuito a todos que dele necessitarem. A grande vantagem da concessão administrativa no setor de saúde é que esse modelo de parceria segue a lógica dos serviços públicos econômicos. (MÂNICA, 2014, p. 30-31).

Verificado o sucesso do Hospital do Subúrbio, outros Estados podem seguir esse modelo e implementar as PPPs nas construções ou reformas de seus hospitais, para que assim a população seja beneficiada com um atendimento e uma estrutura de qualidade. Principalmente no Estado de Goiás, onde vários hospitais sofrem com a escassez de material, falta de estrutura adequada, falta de equipamentos e de pessoal. Um bom exemplo disso é o Hospital Santa Casa de Misericórdia, em Goiânia-GO, que após uma vistoria do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás (CREMEGO) aprovou a instauração de um procedimento de interdição ética. Essa medida é adotada quando uma unidade de saúde não apresenta condições de atendimento e põe em risco a qualidade da assistência ao paciente e o trabalho do médico (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE GOIÁS, 2017).

Já existem alguns projetos de PPPs para hospitais, mas ainda estão em andamento, todos estes na modalidade administrativa. São eles: Hospital da Zona Norte de Manaus - AM; Hospital Metropolitano de Belo Horizonte - MG; Instituto Couto Maia - BA, Hospital Regional Metropolitano do Ceará - CE, Hospital Estadual Infantil - ES; HEURO Hospital de Urgência e Emergência de Rondônia - RO; Complexos Hospitalares de São Paulo (MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, DESENVOLVIMENTO E GESTÃO, 2015).

Portanto seria viável para os hospitais esse tipo de concessão, pois como já foi dito, as PPPs reduzem os gastos públicos e aumentam a eficiência na gestão, beneficiando a todos.

5. CONCLUSÃO

Diante do exposto, percebe-se que depois de muitas lutas, vários direitos foram conquistados, especialmente o direito a saúde. Porém ele ainda não está disponível de forma adequada, pois precisa ser aprimorado. Desta forma, as Parcerias Público-Privadas podem ser aplicadas na prestação de serviços públicos na saúde, pois são um modelo inovador que apresentam muitos benefícios aos usuários e também ao poder público.

Conclui-se que a modalidade de concessão administrativa pode ser considerada o melhor modelo para a prestação de serviços públicos na área da saúde, pois é voltada à prestação de serviços em que o usuário não paga por se tratar de usuário público e onde os serviços de saúde são administrados por empresas privadas que celebraram contratos de concessão com o Estado. A grande vantagem da concessão administrativa no setor da saúde é que esse modelo segue o mesmo raciocínio dos serviços públicos econômicos.

Tais iniciativas reduzem os gastos públicos e custos de investimento, aumentando a eficácia, melhorando a gestão e qualidade técnica dos serviços, que trará, em consequência, bons resultados ao Sistema Único de Saúde, que é o maior serviço público de saúde do mundo e que, em contrapartida, sofre pela falta de estrutura e gestão qualificada. Com isso a concessão administrativa, trazida pela Lei nº 11.079/04, na área da saúde, apresenta-se como uma alternativa para resolver os problemas que o SUS enfrenta.

Toda essa forma de implementação de métodos diferenciados e eficazes perante as políticas públicas, possibilitados mediante as parcerias asseguradas pela lei à cima citado, e claro, assegurado constitucionalmente, tem como objetivo principal trazer inúmeros benefícios para a população em geral, de modo a propiciar direta e indiretamente um melhor atendimento, suporte e acolhimento no que se tratar de execução de obras, fornecimento e instalação de serviços.

Contudo, diante da temática “parcerias público-privadas na gestão de hospitais públicos”, ainda existem muitas indagações a serem levantadas, por exemplo, como será feita a fiscalização dos serviços prestados pela empresa que realizará o projeto, a fim de que o contrato seja realmente cumprindo.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Zenaide Neto. Antecedentes Históricos do Sistema Único de Saúde. In: _____. **SUS - Sistema Único de Saúde: antecedentes, percursos, perspectivas e desafios**. 2.ed. São Paulo: Martinari, 2015.
- ALEXANDRE, Lourdes Bernadete dos Santos Pito. Os Avanços e Desafios do SUS nas duas Décadas de Existência. In: AGUIAR, Zenaide Neto. **SUS - Sistema Único de Saúde: antecedentes, percursos, perspectivas e desafios**. 2.ed. São Paulo: Martinari, 2015.
- BAHIA. Secretaria da Fazenda do Estado da Bahia. **PPP, Parcerias Público-Privadas: projetos**. 2010. Disponível em: <<http://www.sefaz.ba.gov.br/administracao/ppp/projetos.htm>>. Acesso em: 31 ago. 2017.
- BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, Rosangela Maria. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 30, n. 3, dez. 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v30n3/v30n3a04.pdf>>. Acesso em: 31 ago. 2017.
- BRASIL. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, de 24 de fevereiro de 1891**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao91.htm>. Acesso em: 31 ago. 2017.
- _____. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, de 16 de julho de 1934**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm>. Acesso em: 31 ago. 2017.
- _____. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil, de 10 de novembro de 1937**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao37.htm>. Acesso em: 31 ago. 2017.
- _____. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil, de 18 de setembro de 1946**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao46.htm>. Acesso em: 31 ago. 2017.
- _____. **Constituição Federal (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- _____. **Emenda Constitucional nº 1, de 17 de outubro de 1969**. Edita o novo texto da Constituição Federal de 24 de janeiro de 1967. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc_anterior1988/emc01-69.htm>. Acesso em: 31 ago. 2017.
- _____. **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000**. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm>. Acesso em: 31 ago. 2017.

_____. **Lei nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004.** Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/111079.htm>. Acesso em: 31 ago. 2017.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 31 ago. 2017.

_____. Ministério Da Saúde. **Glossário do Ministério da Saúde:** projeto de terminologia em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_ms.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2017.

_____. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. **Projetos Estaduais.** 2015. Disponível em: <<http://www.planejamento.gov.br/assuntos/desenvolvimento/parcerias-publico-privadas/projetos/projetos-estaduais>>. Acesso em: 01 set. 2017.

_____. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 1923/DF. Ação que tem por objeto a declaração de inconstitucionalidade de toda a Lei 9.637, de 15 de maio de 1998, e do inciso XXIV do art. 24 da Lei 8.666/93, com a redação dada pela Lei 9.648, de 27 de maio de 1998. Tribunal Pleno, Relator para o acórdão Min. Luiz Fux. **Diário de Justiça da União**, 17 dez. 2015. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticianoticiastf/anexo/voto__adi1923lf.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2017.

_____. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário n. 581.488/RS. Recurso extraordinário em que se discute, à luz do art. 196 da Constituição Federal, a possibilidade, ou não, de melhoria do tipo de acomodação oferecida a paciente internado pelo Sistema Único de Saúde - SUS mediante pagamento da diferença entre os valores correspondentes. Tribunal Pleno, Relator Min. Dias Toffoli. **Diário de Justiça da União**, 8 abr. 2016. Disponível em: <www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/RE581488DT.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2017.

CARVALHO, Gilson. Saúde Pública. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/02.pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2017.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil.** O longo caminho. 22.ed. São Paulo: Civilização Brasileira, 2016.

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Brasil é um dos países que menos investem em saúde pública. In: **O Estado de S. Paulo**, 26 jun. 2016. Disponível em: <<http://portal.crfsp.org.br/index.php/comunicacao/clipping/6616-noticias-26-06-2015.html>>. Acesso em: 26 ago. 2017.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE GOIÁS. **Cremeço instaura procedimento de interdição ética da Santa Casa de Goiânia.** 2017. Disponível em: <<http://www.cremego.org.br/>>. Acesso em: 31 ago. 2017.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Parcerias na Administração Pública: concessões, permissões, franquia, terceirização, parceria público-privada e outras formas**. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2009.

LUZ, Madel Therezinha. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática": anos 80. **Physis**, v. 1, n. 1, p.77-96, 1991. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v1n1/04.pdf>>. Acesso em: 31 ago. 2017.

MÂNICA, Fernando Borges. **O Setor Privado nos Serviços Públicos de Saúde**. Belo Horizonte: Fórum, 2010.

_____. Parcerias Público-Privadas no setor de saúde: viabilidade econômica e estabilidade jurídica. **Revista Brasileira de Direito da Saúde**, Curitiba. 2014. Disponível em: <<http://fernandomanica.com.br/artigos/>>. Acesso em: 31 ago. 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. Disponível em: <http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2017.

PORTAL BRASIL. **Parceria Público-Privada (PPP)**. 2012. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/economia-e-emprego2012/04/parceria-publico-privada-ppp>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

PORTAL SAÚDE. **Entenda o SUS**. 2017. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/entenda-o-sus>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

SOUZA, Rodolfo Costa. **Direito à saúde: a criação do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Série Legislação. Brasília: Edições Câmara, 2015.

SUNDFELD, Carlos Ari. **Fundamento de Direito Público**. 4.ed. São Paulo: Malheiros, 2009.