



RELAÇÕES PÚBLICO-PRIVADO NA SAÚDE: crítica às organizações sociais

Ana Cristina de Souza Vieira¹
Evandro Alves Barbosa Filho²
Adriana de Azevedo Mathis³
Alessandra Ximenes da Silva⁴
Andrea Ferreira Lima da Silva⁵
Maria Geremias da Silva⁶
Raquel Cavalcante Soares⁷

Resumo

O artigo analisa processos de privatização não clássica do Sistema Único de Saúde (SUS) nos estados Paraíba, Pará e Pernambuco com base no método do materialismo histórico-dialético. Utiliza dados da realidade obtidos em pesquisas realizadas nos três estados. Questiona as estratégias hegemônicas de construção de uma ideologia favorável à privatização não clássica na área de saúde, através de gerenciamento de unidades de saúde por organizações sociais em saúde. Indica o processo de privatização em curso, que reduz direitos dos usuários de saúde e de trabalhadores do SUS.

Palavras-chave: Neoliberalismo; gerencialismo; política de saúde; privatização não clássica; organizações sociais em saúde.

PUBLIC-PRIVATE RELATIONSHIPS IN HEALTHCARE: criticism of social organizations

Abstract: The paper analyzes non-classical privatization processes of the Sistema Único de Saúde (SUS) [Brazilian Unified Health System] in the states of Paraíba, Pará and Pernambuco based on the method of historical-dialectical materialism. Its data stems from research carried out in the three states. The paper questions the hegemonic strategies for building an ideology towards non-classical privatization in the health sector, through the management of health units by social health organizations. It found out that the ongoing privatization process paves the way for reducing the rights of health users and SUS workers.

Keywords: Neoliberalism; managerialism; health policy; non-classical privatization; social organizations in health.

Artigo recebido em: 25/01/2024 Aprovado em: 18/03/2024
DOI: <https://dx.doi.org/10.18764/2178-2865v28nEp.2024.41>

¹ Professora Titular do Departamento de Serviço Social da UFPE; Dr.^a Em Serviço Social/PUC/SP/1992. E-mail: anacvieira12@gmail.com.

² Professor Adjunto do Curso de Serviço Social UNIOESTE/Campus Francisco Beltrão; Dr. em Serviço Social/UFPE/2016. E-mail: evalves85@yahoo.com.br.

³ Professora Associada IV da Faculdade de Serviço Social da UFPA; Dr.^a em Serviço Social/UFRJ/2005. E-mail: adriana.azevedo.mathis@gmail.com.

⁴ Professora Associada B do Departamento de Serviço Social da UEPB; UEPB; Dr.^a em Serviço Social/UFPE/2013. E-mail: alesximenes@servidor.uepb.edu.br.

⁵ Assistente social; Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Trabalho, Direitos Humanos e Seguridade Social da UFPA; Dra. em Serviço Social/UFPA/2023. E-mail: andrea.lima@icsa.ufpa.br.

⁶ Assistente social, Pesquisadora vinculada ao Núcleo de Pesquisas em Política de Saúde e Serviço Social da UEPB; Mestre em Serviço Social/UEPB/2023. E-mail: lia.geremias@gmail.com.

⁷ Professora Associada do Departamento de Serviço Social da UFPE; Dr.^a em Serviço Social/UFPE/2010. E-mail: raquel.soares@ufpe.br.

1 INTRODUÇÃO

O presente artigo analisa os processos de privatização não clássica do Sistema Único de Saúde (SUS) nos estados da Paraíba, Pará e Pernambuco. Para tal, buscou desenvolver uma síntese crítico-analítica dos achados e chaves de análise oriundas de pesquisas originais realizadas nos três estados. Nesse sentido, os autores se fundamentam no materialismo histórico-dialético.

O material analisado, com base em pesquisas de campo, bibliográficas e documentais, apresentou um conjunto heterogêneo de expressões reais de privatização não clássica da política de saúde nos três estados, como a implantação do gerencialismo ou da nova gestão pública nos serviços de saúde, a adoção de um discurso de legitimação de uma esfera pública não estatal, o esvaziamento das instâncias de controle social, a gestão de serviços de saúde sendo repassada para organizações sociais em saúde (OSSs), a contratação de força de trabalho por meio de vínculos precários — como terceirização ou pagamento por meio de bolsas —, o estabelecimento de parcerias com organizações não governamentais (ONGs) para a viabilização de programas de saúde precarizados e o apelo a narrativas tecnicistas para abordar a política de saúde como sendo desprovida de conflitos políticos.

Os autores esperam que este artigo, assim como as pesquisas que serviram de base para a sua elaboração, contribua para socializar os resultados de pesquisas originais e para apontar elementos teóricos e metodológicos que adensem análises críticas sobre o complexo, heterogêneo e contínuo processo de privatização não clássica do SUS.

2 LUTAS DE HEGEMONIAS NA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL RECENTE

Os estudos aqui reunidos partem do pressuposto de que a saúde esteja para além do momento estatal e possua um horizonte ético-político, no conjunto da vida social, como campo privilegiado de luta de classes (SCOREL, 2006). Destarte, para a compreensão do cenário da relação público-privada através das OSSs no Brasil, sob o ângulo dos aspectos singulares nos estados de Pernambuco, Paraíba e Pará, deve-se relacionar a história, os processos econômico-políticos e o movimento do Estado-sociedade civil no Brasil recente.

Esse processo, no Brasil, deve ser analisado à luz da restauração do capital frente à crise e aos diferentes momentos do neoliberalismo a partir da década de 1990 até a sua expressão ultraneoliberal. O estudo de saídas definitivas para o problema do neoliberalismo globalizado pelo imperialismo — ou pelo menos, de saídas temporárias que representem um retorno ao cenário anterior, tal como sugerido por Harvey (2004) — requer um exame atento e minucioso da dinâmica do

capitalismo tardio no Brasil. Brettas (2020) afirma que o neoliberalismo se consolidou aqui “a partir do amplo processo de privatizações, da reorganização da produção com vistas a ampliar as bases de extração de mais-valia e da financeirização calcada na dívida pública” (BRETTAS, 2020, p. 230).

Um ponto de inflexão nos padrões de intervenção do Estado brasileiro foi o lançamento do Plano Diretor de Reforma do Estado (PDRE) e a criação do Ministério de Administração e Reforma do Estado (MARE), em 1995, ainda durante o primeiro Governo de Fernando Henrique Cardoso. Foi adotado o ideário neoliberal, com inspiração na experiência britânica de reforma de Estado e de “choque de gestão” de Margaret Thatcher, que defendia um Estado mínimo, com implementação de uma gestão pública pós-burocrática ou gerencialista e a criação de novos modelos de gestão pública, que seriam responsáveis por setores de interesse público não restritos ao Estado, como as políticas de saúde, assistência, educação, políticas sociais etc. Segundo o PDRE, existiria uma nova forma de propriedade no capitalismo contemporâneo chamada “pública não estatal”. Ela seria constituída por organizações e entidades sem fins lucrativos, que não são propriedade de nenhum indivíduo ou organização e estão orientadas diretamente para o atendimento do interesse público da coletividade, desenvolvendo funções públicas. A utilização de organizações da chamada esfera pública não estatal é justificada por um dos substratos teóricos do neoliberalismo: a teoria das agências.

Para a teoria das agências, no setor público, os órgãos formuladores de políticas seriam os “principais”, como os ministérios, secretarias e departamentos nacionais, cujo papel seria o de formular políticas e exercer a regulação. Os “principais” seriam agências relacionadas aos governos, partidos e coalizões, que buscavam realizar seus objetivos por meio de “agentes” externos, que seriam agências executoras de políticas públicas (ANDREWS, 2010). Os “agentes” poderiam ser órgãos governamentais (agências executivas), organizações sem fins lucrativos e filantrópicas, organizações sociais (OSs), organizações sociais de interesse público (OSCIP), consórcios públicos e fundações públicas de direito privado (ANDREWS, 2010; MATIAS-PEREIRA, 2009). A principal função dos agentes/das entidades gestoras ou executoras seria “blindar” a gestão e a prestação de serviços das interferências políticas e partidárias e da pressão de grupos de interesse, supostamente executando os serviços de forma técnica e politicamente neutra. A partir da teoria das agências, surgem os contratos de gestão firmados entre diferentes níveis do Estado e os novos modelos de gestão pública oriundos da contrarreforma do Estado (BARBOSA FILHO, 2013).

Para a ideologia neoliberal, o igualitarismo fomentado pelo estado-providência, pelo socialismo ou por qualquer projeto coletivo de planificação social e econômica seria destruidor da liberdade dos cidadãos e da vitalidade das competências institucionais, duas qualidades das quais, segundo os neoliberais, dependia a prosperidade de todos (HARVEY, 2006, 2008; BARBOSA FILHO; ROCHA, 2018).

A reorientação indicada pelos neoliberais era clara: é necessário fortalecer o Estado na direção da quebra do poder dos sindicatos e no combate à ineficiência das instituições estatais, especialmente das áreas sociais, pela adoção de formas de gestão oriundas do mercado (ANDREWS, 2010; HARVEY, 2008; MATIAS-PEREIRA, 2009). Segundo Hirsch (2010), o Estado neoliberal não pode ser reduzido à expressão “Estado mínimo” — indicaria uma ausência/retirada do Estado no processo de reprodução social. Para o autor, a partir da crise estrutural do capital de 1973, ocorre um redirecionamento das ações estatais às necessidades de acumulação capitalista em detrimento das necessidades sociais coletivas.

Já a chamada forma “ultraneoliberal” remonta, de acordo com Cislighi (2021), à crise de 2008, que deu fôlego a uma nova rodada de privatizações e expropriações da classe trabalhadora, a qual foi assim cooptada:

[...] para **projetos políticos neofascistas** que [...] ascenderam ao governo de países como o Brasil por meio de **eleições precedidas de golpes de novo tipo**. [...] Ao assumir sua forma “**ultra**”, como adjetivo, o **neoliberalismo** entra em nova rodada de aprofundamento de seus pressupostos **apoiado em formas exponenciais de bonapartismo** (CISLAGHI, 2021, p. 17, grifos nossos).

O governo Michel Temer, que sucedeu a presidenta Dilma Rousseff após o golpe midiático-parlamentar que resultou no seu *impeachment*, ampliou o espectro de ação de empresários na área de saúde, aprofundando a orientação neoliberal. Esses empresários querem a continuidade do SUS, mas não o SUS concebido pelo Movimento Brasileiro de Reforma Sanitária, universal e gratuito e estatal, e sim para ampliar a mercantilização dos serviços de saúde, garantindo também o acesso ao fundo público dos setores empresariais privados. Eles se articulam em aparelhos privados de hegemonia, de modo a desenvolver a defesa de seus projetos, levando a sociedade a assumi-los e a aceitá-los como as saídas possíveis para as filas do SUS, a falta de insumos e profissionais, a burocracia dos processos de aquisição de material e recursos humanos, a demora no atendimento e a precariedade das unidades de saúde. A crise do capitalismo é narrada por esses sujeitos como uma crise do Estado e do seu modo/capacidade de gerenciar.

Uma das primeiras medidas do Ministro da Saúde de Michel Temer, engenheiro Ricardo Barros, foi afirmar que o Estado não tinha recursos para manter o SUS universal e propor os planos acessíveis de saúde — o plano mais barato incluía apenas medidas de atenção básica, sem internações e exames de maior complexidade. A proposta foi submetida a um grupo de trabalho, mas não saiu do papel, mesmo durante o governo de Jair Bolsonaro, que o sucedeu. De acordo com Moraes, Oliveira e Vieira-da-Silva (2019, p. 4.485):

Foram criadas condições de possibilidade para um protagonismo desses empresários, no âmbito do campo do poder, em relação à reforma setorial e à formulação de políticas de

saúde com repercussões relacionadas à desestruturação do Sistema Único de Saúde (SUS). As contradições entre o discurso de defesa do SUS, por parte dos empresários, e as propostas concretas privatizantes podem revelar uma busca dos lucros simbólicos associados à defesa dos interesses públicos e do universal.

O êxito do empresariado da saúde na disputa hegemônica por espaço no âmbito do Estado para pautar as políticas públicas de saúde com viés privatista e desestruturar o SUS é resultado da sua capacidade de forjar o discurso ideológico baseado na narrativa técnico-gerencial da eficiência que escamoteia a privatização da saúde.

A estratégia é fundamentada pela teoria neoinstitucional, chamada *New Public Management* (Nova Gestão Pública), e pela Governança no contexto da “crise” do Estado (CARNEIRO JÚNIOR, 2002; QUINHÕES, 2008; BAGGENSTOSS, 2013). A *Public Choice Theory*, ou teoria da escolha pública, utilizada pelos grupos políticos que defendem o modelo de gestão por organizações sociais (OSs), tem como fundamento a defesa dos mercados autorreguláveis e se baseia na ideia de que “a democracia é ineficiente e a política um desperdício”. Para os seus teóricos, o ideal seria que os governos se guiassem pelo saber dos tecnocratas e não pelo processo democrático.

Desideologizar o ‘desideologizável’ conflito político é a ideia dos economistas James Buchanan e Gordon Tullock, da Escola do Public Choice de Virgínia (EUA). Os teóricos franceses Dardot e Laval (2016) recuperam as origens da “nova gestão pública” no thatcherismo dos anos 1980, que, ao “recuar as fronteiras do Estado de bem-estar”, se abriu ao gerencialismo, na qualidade de um conjunto de crenças e práticas que prometeu ser o remédio universal para todos os males da sociedade, através da aplicação de técnicas que buscam aplicar a eficiência das empresas capitalistas em todas as esferas da vida social.

Com a proliferação de iniciativas de reorganização das gestões públicas, no ano de 1991, empregou-se o termo Nova Gestão Pública para expressar o movimento de caráter universal que buscava mudar o Estado através da lógica da concorrência e disseminou a ideia de que a eficácia do setor público pode ser aumentada pela aplicação de técnicas e valores do setor privado. Entre outras características principais, estão: I) desregulamentação; II) gestão por contratos; III) avaliação por desempenho; IV) flexibilização do emprego público; V) gestão pública equiparada ao modelo de gestão empresarial etc. Além disso, em nome da flexibilidade gerencialista, tem ocorrido uma maior precarização das relações de trabalho, como terceirização, subcontratações, contratos por bolsa, por produtos, por projeto e por tempo determinado. Esses acordos tendem a retirar ou não reconhecer direitos, a exemplo de férias remuneradas, aviso prévio, condições mínimas de trabalho, representação de classe e organização dos trabalhadores, como se verifica em contratos por bolsas (FONTES, 2010).

A Teoria da *Public Choice* e a *New Public Management*, assim como a teoria das agências, defendem a desideologização em prol de uma suposta neutralidade e infalibilidade das

ciências econômicas e da administração e, ao buscar “remodelar o mundo social segundo os desígnios da razão técnica embasam uma visão profundamente antidemocrática e elitista do processo decisório” (BORGES, 2001, p. 171).

No processo de privatização da saúde, a lógica consiste na disseminação do discurso da neutralidade e da objetividade do conhecimento técnico-científico, assim como nas pesquisas sobre a eficiência do modelo de gestão privatizante baseadas nas teorias da “nova gestão pública”, gerencialista ou pós-burocrática, em que a competência é um poderoso elemento ideológico para ocultar o exercício da dominação.

No conjunto de grupos e entidades que buscam contribuir com conhecimento técnico-científico para saúde no Brasil, está o Instituto Coalizão Saúde (ICOS). Essa associação civil e privada, de âmbito nacional e sem fins lucrativos, criada em 2015, é formada por representantes da cadeia produtiva do setor de saúde. Tem, entre seus associados, as maiores representações do patronato na área da saúde, como a Confederação Nacional de Saúde (CNS), a Federação Nacional de Saúde Suplementar, a Federação Brasileira de Hospitais, a Associação Brasileira de Planos de Saúde etc., além de associar grandes empresas globais, como Pfizer e Johnson & Johnson, e brasileiras, como o Grupo Sabin.

O Instituto se apresenta como representante da cadeia produtiva do setor de saúde e pretende contribuir, “de forma propositiva e pluralista, para o debate e a busca de novos avanços em saúde, em resposta às demandas da população e às necessidades do país” (COALIZAÇÃO..., 2018, p. 3). Tem como agenda prioritária a integração público-privada. “Portanto, aprofundar e desenvolver essa parceria é vital” (INSTITUTO..., 2016, p. 12). Para o ICOS,

[...] a experiência das Organizações Sociais de Saúde (OSS) mostrou que instituições com independência e flexibilidade para gerenciar seus recursos apresentam melhor desempenho, mostrando que a integração, quando bem feita, leva benefícios diretos à população (INSTITUTO..., 2016, p. 12).

Esse Instituto pretende garantir, por lei, a transparência das contratações e a segurança jurídica em todas as formas de integração público-privada, entre elas as Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDPs), as Parcerias Público Privadas (PPPs) e os modelos de gestão por meio de OS, segundo as palavras do ICOS, “deixando claro que se trata de uma política de Estado e não apenas de Governo” (INSTITUTO..., 2016, p. 13). Entretanto, estudos sobre organizações sociais na saúde não fortalecem os serviços públicos estatais (MORAIS *et al.*, 2018), fragilizando, assim, a esfera pública; além disso, o gerenciamento de unidades de saúde por organizações sociais pode ter um custo mais alto para os governos e pode limitar o controle social e a participação popular (XIMENES; SCHMALLER; BEZERRA, 2018).

O discurso da competência dessas entidades e suas reais intenções precisam ser desvelados. Esse conjunto atua por meio de grupos de *lobby* e *stakeholders*, influenciando políticos, mídia tradicional, mundo das redes sociais (*podcast*, páginas de Youtube etc.) e usuários do SUS a aceitar suas propostas que, na verdade, contrapõem-se ao caráter democrático e 'antirregressivo' do SUS. Esses sujeitos atuam para produzir discursos que legitimam a tendência capitalista de criar constantes expropriações sociais, até mesmo mercantilizando as políticas de reprodução social.

Instituiu-se um movimento de destruição dos serviços que garantem o funcionamento das políticas sociais e, em especial, das políticas de saúde, respondendo ao projeto de aprofundamento neoliberal em curso, aliado ao posicionamento neoconservador, prejudicando os 75% da população brasileira que utilizam exclusivamente os serviços assistenciais de saúde do SUS e toda a população, que conta com vigilância sanitária e epidemiológica, controle do sangue e outros serviços do SUS.

A função do Estado nesse processo tem sido fundamental para garantir as condições objetivas de ampliação do processo de privatização não clássica na saúde. Mandel (1985) assevera o elemento da ideologia para integrar as classes dominadas, ou seja, uma das funções do Estado é disseminar os interesses da classe dominante como sendo de toda sociedade.

3 RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADA NA SAÚDE: as Organizações Sociais de Saúde em Pernambuco, na Paraíba e no Pará

As organizações sociais (OSs) surgiram no Brasil no contexto das respostas do Estado neoliberal à crise capitalista da década de 1970, com programas de redução do Estado difundidos pelo Consenso Washington, concomitantes aos processos de financeirização e reestruturação socioproductiva. O governo Fernando Henrique Cardoso, através do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRE), criou esses arranjos jurídicos-institucionais para transferir a execução de serviços sociais para o chamado terceiro setor, estabelecendo parcerias entre Estado e sociedade civil (BRASIL, 1997). A partir da promulgação da Lei n.º 9.637/1998, que dispõe sobre a qualificação das OS, há uma expansão dessas entidades em todo Brasil, simultaneamente à proliferação de legislações específicas em todos os estados e municípios brasileiros.

Segundo estudo de Lima (2018), nos últimos anos, mais de 200 municípios pactuaram contratos de gestão¹ com OSs na área da saúde para gestão de hospitais gerais, ambulatórios, clínicas de especialidades, atenção primária e atendimento móvel de urgência, entre outros. Em 2016, os estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Espírito Santo somavam 231 contratos de gestão com OS na saúde e mais 1.001 aditivos nos contratos (SODRÉ, 2017).

Em Pernambuco, há, atualmente, dez organizações sociais que atuam realizando contratos de gestão com o governo estadual para gerenciamento de hospitais, unidades de pronto atendimento gerais (UPAS), de especialidades (UPAES) e outros serviços. O contrato de gestão com as OS é regulado pela Lei Estadual n.º 15.210/2013, de 19 de dezembro de 2013, posteriormente alterada pela Lei n.º 16.155/17, de 05 de outubro de 2017. Essas associações gerem três hospitais metropolitanos de grande porte — Hospital Miguel Arraes (2009), Hospital Dom Hélder Câmara (2010) e Hospital Pelópidas da Silveira (2011), construídos durante o Governo Eduardo Campos (2007–2014) —, Unidades de Pronto Atendimento (15 UPAS e 14 UPAES), que recebem as pessoas em urgência e emergência, podendo encaminhar pacientes aos hospitais de média e alta complexidade, e outros hospitais menores em alguns municípios do estado (como Petrolina, Vitória de Santo Antão, Ouricuri, Palmares, Afogados da Ingazeira, Arcoverde, Caruaru e Nazaré da Mata). A expansão da rede de serviços, sobretudo de urgências e emergências, e a criação de novos hospitais no estado ocorreu no mesmo cenário de implantação do gerencialismo. Como consequências, as unidades foram gerenciadas por OSSs, a gestão por resultados foi implantada, aumentando a emergencialização do SUS (SOARES, 2010), e a força de trabalho em saúde foi contratada por vínculos mais precários que os estatutários, sem estabilidade ou por tempo limitado.

Na área de HIV e Aids, em Pernambuco, as unidades de saúde específicas para testagem e acompanhamento ambulatorial são gerenciadas por servidores do estado. Os trabalhadores são servidores públicos — não são contratados por uma OS. Mas a falta de pessoal, decorrente da insuficiência de servidores públicos, levou a uma mudança na área de HIV e Aids: a AIDS Health Foundation (AHF), uma organização não governamental estadunidense, ofereceu, ao governo estadual e a governos municipais, a possibilidade de suprir a falta de trabalhadores de saúde, financiando profissionais selecionados através de editais públicos, alocando-os em Serviços de Atenção Especializada em HIV/Aids (SAEs) públicos estaduais e municipais. A contrapartida para alocação de profissionais de saúde para atendimento às pessoas com HIV é a cessão de dados sobre os pacientes e as medicações disponibilizadas pelo governo.

Os admitidos pela AHF são contratados por funções e competências em vez de formação. Assim, a composição e organização do trabalho das equipes difere das equipes multiprofissionais demandadas para a integralidade do SUS. Esses profissionais também são contratados por tempo limitado e em regime de bolsas, sem direitos trabalhistas. Em alguns SAEs do estado, o número de trabalhadores da AHF já supera o de servidores públicos. Voltando à questão dos conflitos ideológicos entre público-estatal e público não estatal, é possível também identificar que os projetos de cuidado e de organização do trabalho em HIV e Aids da AHF diferem significativamente do *modus operandi* dos serviços públicos do SUS. Vale registrar que uma medida tomada no governo Fernando Henrique

Cardoso, a Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar n. 101), visa impor o controle dos gastos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, condicionando-os à capacidade de arrecadação de tributos desses entes políticos, colocando limites, inclusive, à contratação de servidores públicos. Desse modo, ter uma OSS que contrate pessoal (não servidores públicos) mostra-se uma forma de lidar com a legislação restritiva em áreas de intenso uso de mão de obra, como a saúde, livrando os gestores dos prejuízos que podem ser gerados pela contratação de pessoal acima do nível delimitado na lei.

No caso de Pernambuco, a adoção do gerencialismo ficou evidente quando foi lançado o primeiro plano de governo do Governador Eduardo Campos, ainda em 2007: o plano Todos por Pernambuco. Esse plano era uma proposta de gestão pública que implantava, nas instituições, autarquias, serviços e programas do estado de Pernambuco, as práticas gerenciais empregadas no meio empresarial, também denominadas gerencialistas ou de nova administração pública. Em sua justificativa, o documento destacava que orientar a gestão pública por resultados, assim como faziam as empresas privadas, iria superar os danos criados pela suposta ineficiência das organizações públicas estatais ao gerenciar e ofertar os serviços de saúde, assistência social, educação e habitação (BARBOSA FILHO, 2013; GALINDO *et al.*, 2014).

Na Paraíba, a atuação das Organizações Sociais foi viabilizada pelo governo Ricardo Vieira Coutinho, através da Medida Provisória n.º 178, de 04 de julho de 2011, convertida posteriormente na Lei Estadual n.º 9.454, de 06 de outubro de 2011. Essa legislação carecia de dispositivos de controle e fiscalização eficazes, entre outros problemas, apontados *a posteriori* pelos órgãos de controle do Estado e da União. Sua adequação se deu através das leis estaduais n.º 11.232 (que cria a Superintendência de Coordenação e Supervisão de Contratos de Gestão (SCSCG) e dá outras providências) e n.º 11.233 (que institui o Programa Gestão Pactuada e dispõe sobre a Qualificação de Organizações Sociais), de 11 de dezembro de 2018.

As OSSs paraibanas gerenciam diferentes tipos de estabelecimentos de saúde, como unidades de pronto-atendimento 24 horas, o Hospital de Emergência e Trauma, o Hospital Distrital, o Hospital Geral, o Hospital Metropolitano, maternidades e o Centro Especializado em Reabilitação. Nesse estado, os contratos de gestão foram objeto de denúncias formais quanto à prestação de contas dos recursos públicos, bem como ao cumprimento das metas e objetivos contratualizados. Esse processo trouxe consequências para os gestores do governo Ricardo Coutinho e culminou com o término dos contratos com as OSSs, que foram denunciadas. Os desvios de finalidade e dos recursos foram comprovados, com a responsabilização criminal de gestores públicos, ilustrando que a gestão de serviços públicos por organizações sociais privadas, filantrópicas e as OSSs não está imune à

corrupção e ao uso indevido de recursos públicos, minando o discurso ideológico de que o setor privado tem maior qualificação para gerir a coisa pública.

O estado do Pará é a unidade da federação que possui o menor gasto médio *per capita* com saúde no Brasil, gastando R\$ 703,67² com cada habitante no ano de 2017 (CONSELHO..., 2018). As entidades privadas acessam o fundo público pelo orçamento da Atenção de Média e Alta Complexidade (MAC), considerando os serviços especializados e todos os hospitais que compõem a estrutura do SUS.

Além do modelo de gestão por OSSs, a MAC também é o cenário para outro tipo de contratualização público-privada no SUS: a maior parte dos leitos existentes estão registrados como SUS; entretanto, em sua maioria, estão localizados em estabelecimentos privados. Através de convênios administrativos com a Secretaria Estadual de Saúde, passam a ser utilizados pelo SUS no Pará. Esse fenômeno configura um processo conhecido como *complementariedade invertida*, uma vez que, pela legislação brasileira, a iniciativa privada deveria ser complementar ao SUS.

No Pará, os serviços de saúde públicos, como hospitais regionais e centros de especialidades, em sua maioria³, estão sendo geridos por OSSs. Essas entidades são amparadas no estado desde a década de 1990. Atualmente, cinco delas estão em atuação em 24 estabelecimentos. No período da pandemia de covid-19, as OSSs geriram todos os hospitais de campanha⁴. Os contratos vigentes são de responsabilidade da pasta executiva da saúde, através do Grupo Técnico de Controle e Avaliação da Gestão dos Hospitais Metropolitano e Regionais. Além dessas cinco entidades em atuação, outras 17 se encontram qualificadas como OSSs, via decreto, para prestar atividades de saúde: algumas firmaram contratos de gestão em anos anteriores, agora encerrados; outras não assumiram ainda contratos, por não terem sido aprovadas nos processos de seleção organizados.

Uma característica das OSSs que atuam no estado do Pernambuco é que são todas instituições da região (com exceção de uma delas, uma das mais novas qualificadas no estado, originária da Bahia). Cada organização social gerencia algumas unidades de saúde, sendo que a primeira a atuar na gestão de unidades hospitalares foi o Instituto de Medicina Integral Professor Fernandes Figueira (IMIP), através da Fundação Martiniano Fernandes. Atualmente, o IMIP detém a gestão da maioria das unidades sob gestão de OSSs e mostra uma grande expansão de suas atividades, tendo se tornado gestor de um grande hospital que estava fora de uso e foi totalmente recuperado, o Hospital Pedro II. Criou também uma faculdade privada de saúde, que forma grande parte dos profissionais empregados nas OSSs que gerencia.

Portanto, o processo de parcerias público-privadas com a realização de contratos de gestão do governo estadual e de governos municipais com instituições filantrópicas qualificadas como organizações sociais foi construído com instituições locais, criadas no próprio estado, originadas de

hospitais e unidades de saúde sem fins lucrativos — a mais antiga é a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, criada em 1539, em Olinda. Não foi aberto espaço para organizações sociais de outros estados interferirem nesse processo, o que manteve o acesso ao fundo público estadual nas mãos de instituições e grupos pernambucanos, favorecendo seu crescimento e consolidação. No caso de Pernambuco, ocorre a negação empírica da teoria das agências, que prevê que a aplicação do gerencialismo e o modelo de gestão da saúde por OSSs isolariam a gestão pública e a provisão de serviços de saúde das interferências de elites políticas e da ação dos “principais” sobre as agências (entidades gestoras e executoras das políticas sociais). As mesmas pessoas e grupos políticos que ocupam as posições estratégicas de alto escalão na Secretaria Estadual de Saúde também gerenciam OSSs no estado, tendo acesso privilegiado às instâncias decisórias e de gestão e aos recursos do fundo público.

Ao contrário, nos estados da Paraíba e Pará, a maioria das OSSs são provenientes de outros estados, sobretudo de São Paulo. Além de atuar na Paraíba e no Pará, o Instituto ACQUA – Ação, Cidadania, Qualidade Urbana e Ambiental possui contratos de gestão no Maranhão, no Mato Grosso do Sul e no Espírito Santo. Outro exemplo é o Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano, uma organização de São Paulo que possui contratos de gestão em todo Brasil, sendo seis deles no Pará e outros nos estados de Minas Gerais, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

É interessante pontuar que, para firmar contratos de gestão com os governos estaduais, essas OSSs, vindas de outras unidades da federação, não precisam criar planos de trabalho com base na análise de situação de saúde dos territórios atendidos e planos sensíveis às demandas locais-regionais de saúde. Também não precisam se comprometer com o processo de regionalização, indo de encontro à própria organização sistêmica e regionalizada do SUS. Ao analisar as singularidades das OSSs na Paraíba e no Pará, surgem as seguintes questões: como práticas de gestão diametralmente contrárias ao SUS, como as realizadas por OSSs, poderiam contribuir à efetivação do princípio da regionalização? Como atores exógenos, sem acúmulo de experiência nas demandas de saúde locais, poderiam contribuir à profissionalização da gestão pública? Esse tipo de prática evidencia a fragilidade da pragmática neoliberal/gerencialista.

O acesso ao fundo público estadual nos três estados destaca um aspecto comum: a criação de um locus privilegiado para extração do mais-valor através da chamada relação público-privada. A dinâmica facilita que as OSSs constituídas por entidades filantrópicas contratem diversas empresas para diferentes funções, a exemplo de empresas para recrutamento, contabilidade, tecnologia da informação, controle de acesso (portaria), segurança privada, logística, serviços de ambulância, serviços de nutrição e dietética, serviços de limpeza, serviços de regulação interna, empresas de manutenção hospitalar, empresas de dedetização e cooperativas de profissionais da

saúde (entre eles, médicos, assistentes sociais e enfermeiros) ou contratem profissionais por meio de contratos sem segurança jurídica, com salário de mercado. Essas empresas, por sua vez, contratam outras empresas para funções internas e assim por diante; logo, a política pública se tornou um espaço para valorização do capital através da terceirização.

Na Paraíba, além do excesso de terceirizações, foram identificadas outras irregularidades: divergências e inconsistências contábeis, desconformidades legais, falta de transparência no uso do recurso público, apropriação pessoal de recursos, não atendimento ao princípio da transparência pública, no que se refere à prestação de contas, gastos com serviços não comprovados e não cumprimento com as metas estabelecidas nos contratos de gestão, entre várias outras, divulgadas nos portais do Ministério Público e do Tribunal de Contas do Estado, acusando “vultosos descompassos entre os recursos repassados às OSs e os valores efetivamente aplicados na unidade hospitalar” (PONTES, 2019, não paginado).

Diante da recorrência dessas práticas de terceirização e fragmentação da responsabilidade pela prestação de serviços, é possível apontar maior dificuldade em garantir a transparência e a lisura da gestão realizada pelas OSSs quando comparada à gestão pública do SUS estatal. A chamada administração direta é muito mais controlada por processos e normas do que simplesmente orientada por resultados dentro de uma perspectiva produtivista e pragmática oriunda do pensamento neoliberal.

Além disso, as práticas ilícitas realizadas por OSSs da Paraíba apontam que o predatismo do processo de novas expropriações de direitos, decorrentes da supercapitalização das políticas sociais (MANDEL, 1985), entra em conflito com a própria legalidade social burguesa. Isso evidencia que, mesmo em sua dimensão gerencial, o capitalismo tardio já esgotou todas as possibilidades civilizatórias, entrando em choque até mesmo com estrutura legal criada para garantir a sua reprodução.

Vale a pena ressaltar que, apesar das resistências, nas OSSs dos três estados as instâncias deliberativas de controle e participação social não têm conseguido barrar efetivamente o processo de ampliação das OSSs nas unidades de saúde e nem exercer o controle social dos serviços gerenciados por esse modelo de gestão — que, por meio dos contratos de gestão, estabelecem instâncias de controle social sem poder de decisão deliberativo, como curadorias, ouvidorias e centrais de reclamação.

A marginalização dos espaços de controle e participação social, com natureza deliberativa e ascendente, ignorando o disposto na Lei Orgânica do SUS, Lei n.º 8.142 de 1990, é mais uma expressão da teoria da escolha pública na gestão da saúde através de OSSs. O gerencialismo, na busca pela colonização dos órgãos e serviços do Estado pelo pensamento neoliberal, oculta essa

intenção por meio da defesa da despolitização das esferas decisórias das políticas públicas. Além de concentrar poder nas mãos de tecnocratas e elites políticas, também almeja tornar as políticas sociais, organizações e serviços públicos menos porosos às demandas das classes e grupos subalternos por meio da interdição ou desmonte dos canais de democracia direta e participação política.

Portanto, além de assumir um discurso antiestatista, a nova gestão pública ou gerencialista é contrária ao aprofundamento da própria democracia. Isso, mais uma vez, demonstra que o capitalismo em sua etapa tardia é incompatível com o Estado democrático de direito.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O artigo evidenciou o aprofundamento dos interesses do setor privado lucrativo e filantrópico no acesso ao fundo público nos três estados por meio da implantação da gestão de serviços de saúde através de OS. A gestão de unidades de saúde por OSSs não garante a eficiência dos serviços, pois os custos podem superar aqueles de unidades gerenciadas pelos próprios serviços públicos. A pouca transparência da gestão com inúmeros processos de terceirização e a fragilidade ocasionada pelos contratos celebrados com os governos fazem com que as OSSs se tornem o cenário ideal para as práticas clientelistas, patrimonialistas e corruptas que os novos modelos de gestão prometiam combater.

O trabalho também aponta que a substituição da gestão pública estatal pelo gerencialismo ou pela gestão pós-burocrática vem favorecendo a supercapitalização da política de saúde, fragilizando a democratização do direito à saúde, as condições de trabalho e o exercício do controle e da participação social. No caso de Pernambuco, a falta de servidores públicos de saúde vem sendo suprida por trabalhadores que recebem bolsas de trabalho, sem direitos trabalhistas e sujeitos à descontinuidade, gerando insegurança para os usuários do SUS. Até quando a ONG irá manter os trabalhadores atuantes e como vão ficar esses serviços quando os trabalhadores forem desvinculados? A fragilização dos trabalhadores da saúde é a fragilização do próprio SUS, um altíssimo preço que a própria população que precisa dos serviços de saúde terá que pagar.

Os autores situam o uso das OSSs como parte dos mecanismos do capitalismo tardio, esgotado de possibilidades civilizatórias, para expandir a apropriação do fundo público e, com isso, também destituir os trabalhadores de direitos, pelo aumento da precarização do trabalho dentro dessa política social. Esse movimento é justificado por um discurso antiestatista, antipolítico e, conseqüentemente, antidemocrático, fundamentado por teorias oriundas de escolas do pensamento neoliberal, das quais se destacam a teoria da escolha pública e a teoria das agências.

Os três estados analisados mostram alguns traços comuns de desmonte da política pública de saúde, sinalizando que a chamada esfera pública não estatal, na verdade, é uma esfera pública colonizada por interesses privados de acumulação por expropriação de direitos, como a negação ao direito de participar dos processos de tomada de decisão ou de influenciar o desenho da política de saúde.

Os autores consideram necessárias novas pesquisas sobre o tema, inclusive novos estudos que realizem o mapeamento, a caracterização e a análise crítica das diferentes expressões subnacionais da privatização não clássica do SUS, dado que, como se viu, a construção dessa esfera pública não estatal é permeada por arranjos legais e administrativos diversos, que expressam a criatividade destrutiva do neoliberalismo em suas diversas correntes, desde as que versam sobre o desenho e execução das políticas sociais até aquelas que elaboram modelos de gestão pública.

O que parece transversal a todas as experiências neoliberais é o apelo às ideologias burguesas para a construção de uma narrativa politicamente neutra e tecnicista, que, sob um discurso técnico-gerencial da eficiência das práticas e princípios gerencialistas, escamoteia a privatização da saúde.

REFERÊNCIAS

ANDREWS, C. W. Da década perdida à Reforma Gerencial: 1980-1998. *In*: ANDREWS, C. W. (org.). **Administração pública no Brasil**: breve história política. São Paulo: Unifesp, 2010. p. 85-118.

BAGGENSTOSS, S. **A intermediação na saúde**: as organizações sociais e suas configurações. 2013. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) - Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2013.

BARBOSA FILHO, E. A. **Coalizão de forças, discursos e conflitos**: uma análise do gerencialismo na gestão do Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Sertão do Araripe Pernambucano (CISAPE). 2013. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Curso de Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, Recife, 2013.

BARBOSA FILHO, E. A.; ROCHA, S. Três décadas de neoliberalismo e de lutas contra a epidemia de HIV e Aids na periferia capitalista: uma análise crítica da África do Sul, Brasil e Moçambique. *In*: ROCHA, S.; VIEIRA, A. C. S.; BARBOSA FILHO, E. A. (orgs.). **HIV Aids e as teias de capitalismo, patriarcado e racismo**: África do Sul. Brasil e Moçambique. Recife: Editora EDUFPE, 2018. p. 29-157.

BORGES, A. Democracia vs eficiência: a teoria da escolha pública. **Lua Nova**, São Paulo, n. 53. p. 159-206. 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ln/a/57jt5sMvj6rmZfCPv3kcc7b/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado / Secretaria da Reforma do Estado. **Organizações sociais**. Brasília: Ministério da Administração e Reforma do Estado, 1997.

BRETTAS, T. **A financeirização e as políticas sociais no Brasil neoliberal**. Capitalismo de dependente, neoliberalismo e financeirização das políticas sociais no Brasil. Rio de Janeiro: Consequência, 2020.

CARNEIRO JÚNIOR, N. **O setor público não estatal: as organizações sociais como possibilidades e limites na gestão pública da saúde**. 2002. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, 2002.

CISLAGHI, J. F. Financiamento e privatização da saúde no Brasil em tempos ultraneoliberais. **Revista Humanidades e Inovação**, Palmas, v. 8, n. 35, fev. 2021. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadesinovacao/article/view/5338/2607>. Acesso em: 20 maio 2023.

COALIZÃO SAÚDE BRASIL. **Uma agenda para transformar o sistema de saúde**. São Paulo: ICOS BRASIL, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Notícias do CFM**. Brasília: CFM, 2018. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27963:2018-11-12-18-36-26&catid=3. Acesso em: 22 jan. 2019.

DARDOT, P.; LAVAL, C. **A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal**. São Paulo: Boitempo, 2016.

ESCOREL, S. Saúde: uma questão nacional, *In*: TEIXEIRA Sonia F. (org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez, 2006. p. 181-192.

FONTES, V. **O Brasil e o capital-imperialismo: teoria e história**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2010.

GALINDO, J. M.; CORDEIRO, J. C.; VILLANI, R. A. G.; BARBOSA FILHO, E. A.; RODRIGUES, C. S. Gestão interfederativa do SUS: a experiência gerencial do Consórcio Intermunicipal do Sertão do Araripe de Pernambuco. **Revista de Administração Pública**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 1545-1566, nov. 2014.

HARVEY, D. **O neoliberalismo: história e implicações**. São Paulo: Loyola, 2008.

HARVEY, D. **O novo imperialismo**. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

HARVEY, D. **Spaces of Global Capitalism towards a Theory of Uneven Geographical Development**. Londres: Verso, 2006.

HIRSCH, J. **Teoria materialista do espaço: processos de transformação do sistema capitalista de Estados**. Rio de Janeiro: Revan, 2010.

INSTITUTO COALIZÃO SAÚDE. **Proposta para o sistema de saúde brasileiro**. [S. l.]: ICOS, 2016. Disponível em: http://icos.org.br/wp-content/uploads/2016/04/Coalizao_Brochura.pdf. Acesso em: 24 mar. 2023.

LIMA, J. B. A contrarreforma do Sistema Único de Saúde: o caso das organizações sociais. **Revista Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 88-101, jan./abr. 2018. Disponível em: <http://10.18315/argumentum.v10i1.18734>. Acesso em: 15 jan. 2019.

MANDEL, E. **O capitalismo tardio**. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

MATIAS-PEREIRA, J. **Curso de Administração Pública**: foco nas instituições e ações governamentais. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MORAIS, H. M. M.; ALBUQUERQUE, M. S. V.; OLIVEIRA, R. S.; CAZUZU, A. K. I.; SILVA, N. A. F. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 1-13, 2018.

MORAIS, H. M. M.; OLIVEIRA, R. S.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. A coalizão dos empresários da saúde e suas propostas para a reforma do sistema de saúde brasileiro: retrocessos políticos e programáticos (2014-2018). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4479-4488, 2019.

PONTES, M. Z. C. G. **Resultado do controle externo sobre a atuação das OSS no Estado da Paraíba**. [Apresentação na Mesa “O uso do modelo de OS: boas práticas e maus exemplos”]. Seminário - Saúde – Transparência e Controle nas Parcerias com Organizações Sociais. 05 nov. 2019.

QUINHÕES, T. A. T. **Análise de um novo modelo de governança para hospitais públicos no Brasil segundo a abordagem dos custos de transação**: o caso das organizações sociais no estado de São Paulo. 2008. Tese (Doutorado em Administração) – Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Fundação Getúlio Vargas – FGV, Rio de Janeiro, 2008.

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DO PARÁ. Hospitais. Belém: SESPA, [2023]. Disponível em: <http://www.saude.pa.gov.br/servicos/ao-publico/locais-de-atendimento/hospitais/>. Acesso em: 09 fev. 2023.

SOARES, R. C. Contrarreforma na política de saúde e prática profissional do Serviço Social nos anos 2000. *In*: MOTA, A. E. (org.). **As ideologias da contrarreforma e o Serviço Social**. 1. ed. Recife: Editora Universitária UFPE, 2010. p. 337-382.

SODRÉ, F. **As organizações sociais na gestão da saúde pública no Brasil**. [Mesa]. I Simpósio Internacional da Rede Brasil-EUA de Políticas Públicas de Saúde. 22 jun. 2017.

XIMENES, A. F.; SCHMALLER, V. P. V.; BEZERRA, A. F. B. Alocação de recursos do fundo público para organizações sociais da saúde. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 24, n. 3, p. 13 - 29, set./dez. 2018.

Notas

¹ Embora o termo contrato de gestão (CG) seja recorrente nos debates relativos aos novos modelos de gestão das políticas públicas brasileiras, os CGs são ferramentas de gestão importadas. Sua origem está em medidas de reforma do Estado francês desde a sua primeira grande reforma orientada à diminuição da responsabilidade estatal na provisão de serviços sociais, realizada no final da década de 1960, diante do desaceleramento do crescimento econômico. Assim como no Brasil, os contratos de gestão visavam utilizar organizações públicas não estatais para a gestão e/ou provisão de serviços (MATIAS-PEREIRA, 2009; BARBOSA FILHO, 2013).

² As informações levantadas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) consideraram as despesas em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) declaradas no Sistema de Informações sobre os Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), do Ministério da Saúde. O gasto médio *per capita* com saúde no país nesse mesmo ano foi de R\$ 1.271,65 (CONSELHO..., 2018). Nesse mesmo levantamento do CFM, o estado do Pará aparece nos últimos lugares em outros dois rankings. Em relação aos gastos dos recursos próprios (sem os repasses da União e gastos de municípios), os piores desempenhos

foram percebidos na Bahia (R\$ 226,56), no Maranhão (R\$ 231,48) e no Pará (R\$ 258,02). Os municípios do estado do Pará são os que menos gastam com saúde: em média, R\$ 206,55 por habitante (CONSELHO..., 2018).

³ Segundo informações da Secretaria de Saúde Pública do Estado do Pará, apenas seis hospitais estão sob gestão estadual: Hospital Ophir Loyola, Hospital de Clínicas Gaspar Viana, Santa Casa, Hospital Regional de Salinópolis, Hospital Regional de Cametá e Hospital Regional de Conceição do Araguaia (SECRETARIA..., 2023).

⁴ Estruturas hospitalares temporárias: Belém (região metropolitana), Marabá (região de Carajás), Santarém (região do Tapajós) e Breves (Marajó).