

Publicização da gestão hospitalar no SUS: reemergência das Organizações Sociais de Saúde

I¹ Manoela Cerqueira Reis, ² Thereza Christina Bahia Coelho I

Resumo: O Estado da Bahia foi pioneiro na privatização da gestão hospitalar por meio de uma política de incentivo às Organizações Sociais de Saúde (OSS), sob o discurso da eficiência. A rapidez de penetração do setor privado na esfera pública, com alteração da noção de democracia e interesse público, tem sido globalmente observada. A análise da incorporação das OSS à gestão dos hospitais estaduais baianos, proposta por este estudo de caso, utilizou documentos disponíveis em sites de domínio público e entrevistas com gestores de hospitais “publicizados” e da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (Sesab). A interpretação dos resultados sob o filtro de categorias históricas e analítico-operacionais evidenciou a ascensão das terceirizações, a partir de 1996, e a incorporação das OSS à cena hospitalar baiana, a partir de 2005, *pari passu* com o afrouxamento do Conselho Estadual de Saúde e o avivamento do discurso de maior resolutividade das OSS, que seriam “quase como o Estado”. Para afinar-se com o novo discurso governamental, empresas antes terceirizadas mudaram sua personalidade jurídica para OSS, demonstrando um processo de privatização disfarçada, no bojo de um governo que sustentou discurso contrário a essa prática, antagônica aos princípios de seguridade da saúde, expressos na Constituição Federal.

► **Palavras-chave:** gestão em saúde; gestão hospitalar; terceirização.

¹ Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana-BA, Brasil (enf.manoela@gmail.com). ORCID: 0000-0002-6674-0744

² Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana-BA, Brasil (tcuide@yahoo.com.br). ORCID: 0000-0003-4787-4103

Recebido em: 17/04/2017
Revisado em: 05/08/2018
Aprovado em: 08/10/2018

Introdução

Na década de 1990, com a incorporação do repertório da escolha racional sob as vestes do novo institucionalismo, operada pelo governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), o Brasil iniciou a concretização das propostas reformadoras, estabelecidas pelo Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE). Com o intuito de diminuir a responsabilidade do Estado na execução direta de serviços e tornar mais “robusto” o seu papel de promotor e regulador, o PDRAE estabeleceu o Programa Nacional de Publicização a fim de transferir a gestão de serviços públicos para entidades privadas sem, necessariamente, transferir a sua propriedade (MELO et al., 2009; COSTA, 1998; BRASIL, 1995; ANDREWS; KOUZMIN, 1998).

O processo de “publicização” ganhou relevância no cenário hospitalar em meio à crise do setor que acometia todo o país: faltava gestão capaz, eficiente, moderna e humana, muitas vezes, com alto custo e baixo resultado (IBAÑEZ; VECINA NETO, 2016). Desse modo, o Estado passara a se desresponsabilizar pela execução direta das atividades administrativas, no setor hospitalar, culminando com o reconhecimento e a valorização de um espaço público não estatal, como ator na provisão de serviços públicos, compreendendo, portanto, as novas modalidades de Gestão Indireta (GI) (GUIMARÃES et al., 2004).

O avanço do setor privado na gestão e prestação de serviços públicos, entretanto, não foi um fenômeno local, nem mesmo nacional, fazendo parte de um processo internacional de re-estruturação do capital que atinge os países globalmente a partir de reformas setoriais denominadas por alguns autores (WARING, 2015) como “diáspora”, numa tentativa acrítica de levar para o campo “neutro” das relações culturais um processo desencadeado pela Nova Gestão Pública (New Public Management-NPM), que não cumpriu com os objetivos de melhora da eficiência do National Health System (NHS), segundo Simonet (2013). Nesse contexto, a criação de modelos híbridos afetaria os desempenhos dos serviços, modificaria aspectos culturais do campo da saúde, produziria iniquidades no acesso e colocaria em xeque a própria dicotomia público-privado ao produzir um borramento nas interrelações entre interesse privado e bem público, que passam a funcionar sob a égide discursiva do mercado.

Mais do que isso, o que se tem observado desde o início do novo ciclo neoliberal, segundo Kamat (2004), seria a privatização da noção de interesse

público e reinvenção da democracia no atendimento aos interesses do capital. Do ponto de vista do impacto econômico dessa nova cultura, Reevesa et al. (2014), ao analisarem o padrão de gastos com saúde de 27 países da União Europeia, entre 1995 e 2011, encontraram ausência de relação direta com o desempenho do Produto Interno bruto (PIB), relação esta usada como justificativa para redução de gastos. Em verdade, tal redução foi significativa nos países que contraíram empréstimos com instituições financeiras internacionais e naqueles governados por partidos de orientação neoliberal.

Mas não apenas os países endividados se colocam à mercê da ganância privada. Svallfors e Tyllström (2017) revelam como em países com sistemas de bem-estar social bem consolidados, tal qual a Suécia, empresas privadas lucrativas vêm assumindo rapidamente a oferta de serviços de saúde e fazendo proteção de mercado graças à “resiliência” da sociedade, que tende a não levá-las a sério, permitindo sua ação estratégica na organização dos atores, percepções e comunicação, criação de fatos e pavimentação de terreno para a mobilização, sedução de entidades de saúde e trabalhadores, produção de padrões e normas, abertura e fechamento de canais, manipulação de *policy makers* e exaltação da “transparência” para melhor preservação dos seus particulares interesses.

Também na América Latina, o neoliberalismo provocou enorme impacto social, com aumento das iniquidades na distribuição de renda e severa piora dos indicadores de saúde, que Laurell (2015) denominou “privatização dos lucros e socialização dos prejuízos”.

Ainda em meio ao debate sobre as reformas estruturais, O’Laughlin (2016) chama a atenção para o modo como as desigualdades em saúde ficam embutidas na “redefinição do acesso universal aos cuidados de saúde e acesso universal à cobertura de seguro; na canalização da medicina científica para a pesquisa de inovações de *commodities* que atrairão ricos consumidores; na limitação dos cuidados de saúde públicos prestados a pobres e desprovidos; e no desmantelamento dos sistemas de saúde pública que vinculam cuidado a prevenção” (p.705).

Voltando ao plano nacional, o Estado da Bahia foi um dos primeiros na instituição de novas modalidades de privatização da gestão por meio da Lei nº 7.027/97, que criou o Programa de Incentivo às Organizações Sociais (PIOS), sob o discurso de maior eficiência e qualidade dos serviços prestados à população. Nesse caso, o Estado transferiria a administração hospitalar para entidades privadas, sem fins lucrativos:

as Organizações Sociais de Saúde (OSS). Entretanto, por mudanças no cenário político, a gestão dos hospitais estaduais passou a ser executada, prioritariamente, por meio das terceirizações (PINTO, 2004).

Em 2003, com a atualização do Programa Estadual das Organizações Sociais, pela Lei nº 8.647/03, essas entidades foram incorporadas à gestão da Rede Hospitalar Própria (RHP) da Bahia e, ao longo de dez anos, substituindo as terceirizações e ganhando novos espaços. A gestão hospitalar passou a ser orientada pela lógica privada, destacando-se a incorporação das OSS como importante evento no processo de publicização no estado.

Ressalta-se que há uma escassez na literatura nacional sobre o tema, o que não é congruente com a sua relevância. No tocante ao Estado da Bahia, a criação precoce da Lei das Organizações Sociais, em relação a outros estados da Federação, e a incorporação progressiva das novas modalidades de gestão em um contexto neoliberal de gestão, tornam-no especialmente apropriado ao estudo do processo de “publicização” da rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, apesar de se constituir em processo global, as marcantes diferenças entre os sistemas de saúde nacionais e regionais exigem a realização de estudos empíricos delimitados e coerentes com suas especificidades estruturais, que permitam aprofundar o conhecimento acerca dos caminhos e formatos assumidos pela privatização do cuidado no SUS. Dessa forma, este artigo tem por objetivos: descrever o processo da “publicização” da gestão hospitalar, bem como analisar a incorporação das OSS no cenário da gestão dos hospitais estaduais da Bahia.

Métodos

Trata-se de estudo de caso, descritivo e analítico, sobre a publicização da gestão hospitalar na Bahia, desenvolvido em dois momentos.¹ No primeiro momento, foi realizada a caracterização da RHP da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), a partir da análise de documentos como: atas das reuniões do Conselho Estadual de Saúde (CES), do período de 2007 a 2014; edital de seleção para publicização do Hospital Professor Carvalho Luz (2012); relatório de auditoria operacional do Tribunal de Contas da União, relativo à publicização para OSS; Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNAHOSP); e, por fim, uma lista atualizada, disponibilizada pela SESAB, dos hospitais que compunham a RHP sob

GI, e suas respectivas instituições gestoras. Além disso, algumas informações foram obtidas em sites de domínio público (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES e SESAB).

A extração de informações importantes contidas nos documentos permitiu a construção de um quadro para descrição dos eventos concernentes ao processo de publicização hospitalar na Bahia, desde o governo de Paulo Souto, quando se deu início ao processo, até fins da gestão de Jaques Wagner (quadro 1).

Quadro 1. Descrição dos eventos concernentes ao processo de publicização hospitalar, no Estado da Bahia, com relação às respectivas gestões estaduais

GESTÃO ESTADUAL	PERÍODO	PROCESSO DE PUBLICIZAÇÃO HOSPITALAR
Paulo Souto	1995-1998	Criação das Organizações Sociais; Início das Terceirizações.
César Borges	1999-2002	Ascensão das Terceirizações.
Paulo Souto	2003-2006	Atualização do Programa Estadual de Organizações Sociais; Declínio das terceirizações e consolidação das OSS.
Jaques Wagner	2007-2014	Criação das Fundações Estatais; Crescimento das OSS na gestão hospitalar; Declínio das terceirizações; Retomada da Parceria Público-Privada.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

No segundo momento, foi desenvolvido o estudo de caso com foco no retorno das OSS e sua consolidação no cenário hospitalar baiano. A caracterização da RHP da Sesab, desenvolvida no primeiro momento desta investigação, proporcionou a seleção de três hospitais sob GI, para serem lócus desta pesquisa, baseada em convergências identificadas nas características de cada unidade. Frente à dificuldade em obter a anuência dos hospitais para entrada em campo, o critério principal para a escolha foi a permissão para coleta de dados, que foi concedida por dois hospitais geridos por OSS (pela mesma entidade gestora) e um hospital gerido por terceirização.

Os sujeitos do estudo foram os gestores ocupantes dos cargos da alta direção dos hospitais, de acordo com o organograma vigente no momento da coleta de dados, que concordaram em participar da pesquisa. Entendendo-se a importância do poder decisório dos gestores da SESAB, foi convidado a integrar o estudo, o Coordenador da Diretoria da Rede Própria sob Gestão Indireta (DIRPGI) da SESAB, responsável pelo acompanhamento dos contratos com OSS e com empresas terceirizadas. Ressalta-se a indisponibilidade e ausência de agenda do diretor da DIRPGI, da superintendente de atenção à saúde da SESAB e do secretário estadual de Saúde. A fim de assegurar o anonimato requerido, gestores, hospitais e respectivas entidades que os geriam no momento desta investigação foram nomeados com códigos (quadro 2).

Quadro 2. Apresentação dos códigos das instituições lócus do estudo, dos seus respectivos modelos de gestão e entidades gestoras e dos sujeitos do estudo.

INSTITUIÇÃO	MODELO DE GESTÃO	ENTIDADE GESTORA	GESTORES (AS)
H1	OSS	EO	Diretor-geral (DG1) Diretor administrativo (DA1)
H2	OSS	EO	Diretor-geral (DG2) Diretor administrativo (DA2)
H3	Terceirização	ET	Diretor-geral (DG3)
SESAB/DIRPGI	-	-	Coordenador (CGI)

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Com o intuito de obter declarações do secretário de Saúde, tanto da gestão em curso quanto das anteriores, buscaram-se entrevistas em jornais e revistas de saúde, acerca do referido tema, com publicações no período de 1995 a 2014.

Cada gestor foi contatado previamente e informado sobre a pesquisa mediante esclarecimento verbal e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, respeitando-se os princípios éticos e legais da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Como técnica para coleta de dados, utilizou-se, neste segundo momento, de entrevistas semiestruturadas, com o auxílio de recurso eletrônico para gravação de voz, feitas nos meses de dezembro de 2014 e janeiro de 2015.

As entrevistas transcritas e os documentos obtidos foram analisados com o auxílio da técnica de Análise Crítica do Discurso, focalizada e guiada pelos objetivos da pesquisa, em acordo com o quadro de análise (quadro 3). Esse quadro incorpora categorias históricas, tomando como base os eventos descritos no quadro 1, e a noção de discurso frente a todo o processo histórico de incorporação das OSS ao cenário hospitalar baiano. A análise dos momentos históricos permitiu, portanto, a identificação de elementos importantes para o objetivo deste estudo, que subsidiou a construção das categorias analítico-operacionais a partir de conceitos norteadores (quadro 4).

Quadro 3. Categorias históricas e analítico-operacionais relacionadas à incorporação das OSS ao cenário hospitalar baiano.

CATEGORIAS HISTÓRICAS	CATEGORIAS OPERACIONAIS DE ANÁLISE
Criação das Organizações Sociais	Discurso governamental Aspectos jurídicos Atuação do CES
Ascensão das Terceirizações	Discurso governamental Aspectos jurídicos Atuação do CES Processo contratual com as entidades gestoras
Consolidação das OSS e declínio das terceirizações	Discurso governamental Aspectos jurídicos Atuação do CES Atuação do CONGEOS Processo contratual com as entidades gestoras Processo de transição de modelo jurídico: das terceirizações para OSS

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Quadro 4. Conceitos norteadores das categorias operacionais de análise

CATEGORIAS OPERACIONAIS DE ANÁLISE	CONCEITOS NORTEADORES
Discurso Governamental	Discurso dos gestores do governo estadual, bem como da Secretaria Estadual de Saúde, durante todo o processo de publicização da gestão hospitalar, na Bahia. O discurso é aqui entendido como texto e prática discursiva referentes a instituições que situam e limitam, historicamente, o evento discursivo (FAIRCLOUGH, 1995). Aos diferentes grupos sociais, em suas relações políticas e ideológicas, correspondem diferentes discursos políticos, tais como o discurso liberal, conservador ou social-democrata, dentre outros.
Aspectos Jurídicos	Aspectos legais, regulatórios e constitucionais frente ao processo de publicização da gestão hospitalar.
Atuação do Conselho Estadual de Saúde (CES)	Deliberação, fiscalização e propostas do CES diante da proliferação de modalidades alternativas à gestão estatal direta, nos hospitais.
Atuação do Conselho de Gestão das Organizações Sociais (CONGEOS)	Atuação e finalidade do CONGEOS no processo de publicização da gestão hospitalar sob o modelo de OSS.
Processo Contratual com as Entidades Gestoras	Processo de contrato do Estado com as entidades gestoras (OSS), desde a decisão de um hospital ser ou não gerido por OSS até a sua construção e submissão ao CES e CONGEOS.
Processo de transição de modelo jurídico: das Terceirizações para OSS	Processo de declínio das terceirizações sob os aspectos legais e políticos, a incorporação das OSS ao cenário hospitalar baiano e sua consolidação como modelo de gestão indireta predominante.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Resultados e Discussão

O resgate histórico do processo de publicização da rede hospitalar pública forma uma linha do tempo que tem como base as iniciativas que permeiam a Reforma de Estado (RE) no Brasil, levada a cabo nos anos 1990. As mudanças políticas que frearam, momentaneamente, esse processo, o fizeram reviver e tomar corpo, de forma discreta e incremental, ainda nos primeiros anos do governo “esquerdista” do presidente Luiz Inácio da Silva, sendo reverberado no Governo do Estado da Bahia com a reemergência das OSS, no seu cenário hospitalar.

O processo da criação das Organizações Sociais de Saúde na Bahia

A proposta de criação de um novo modelo organizacional (as Organizações Sociais), no Estado da Bahia, foi introduzida no governo de Paulo Souto, em 1995. Indicado para suceder Antônio Carlos Magalhães (ACM), Paulo Souto assumiu o Governo da Bahia alicerçado pelas ideias reformistas, já introduzidas no cenário baiano pelo seu antecessor, e reafirmou as características da trajetória política “carlista” (BAHIA, 2002; DANTAS NETO, 2003).

A agenda de RE foi imprimida no cenário nacional pelo governo de FHC, com a implantação do PDRAE, e seguida à risca pelo Governo da Bahia. A proposta era de um novo gerencialismo público, que balizaria a busca por novas alternativas de gestão, para garantir eficiência e modernização da “máquina administrativa” (PINTO, 2004; BAHIA, 2002). No setor da saúde, especificamente, buscavam-se modelos modernos e eficientes de gestão organizacional que fortalecessem parcerias com o setor privado, transferindo-lhe a responsabilidade na execução de serviços e restringindo a produção estatal a serviços “básicos” (BAHIA, 2004a; PINTO, 2004; COSTA, 1998).

Em consonância com as propostas elaboradas pelo PDRAE, e em meio à grave crise hospitalar que se instalara no Estado da Bahia, o processo de modernização se deu a partir da criação das OSS para responsabilização pela gestão dos hospitais da rede estadual, o que desencadeou uma série de conflitos (PINTO, 2004).

Em 1996, este foi o tema central do CES: discutiam-se as alternativas para o problema da gestão dos hospitais estaduais diante de um certo “descrédito” da equipe do governo, na manutenção da gestão estatal direta dessas unidades. Em meio a posições divergentes acerca do modelo de gestão ideal, “bateu-se o martelo”

na proposta do governo que daria uma resposta rápida e coerente com o programa de modernização (BAHIA, 2002).

A *posteriori*, em janeiro de 1997, foi promulgada a Lei Estadual nº 7.027, que instituiu o PIOS, na Bahia, tendo por objetivo “fomentar a absorção de atividades que, por força de previsão constitucional, já vinham sendo exercidas, também, pelo setor privado, pelas Organizações Sociais” (BAHIA, 1997a). Essa lei foi regulamentada em junho de 1997, pelo decreto nº 6.480 e, em novembro, pelos decretos nº 7.007 e 7.008 (BAHIA, 1997b; 1997c; 1997d). Mas, no Congresso Nacional, a Medida provisória (MP) nº 1.591/97 também causou amplos debates, sendo transformada na Lei nº 9.637, em 1998 (BRASIL, 1997; 1998). Esta última, além de dispor sobre a qualificação das Organizações Sociais, instituiu o Programa Nacional de Publicização e extinguiu órgãos federais, que tiveram suas funções absorvidas pelas novas entidades.

Como pode ser percebido, a Lei das Organizações Sociais, na Bahia, foi instituída, até mesmo, antes da Lei Federal, destacando o protagonismo do estado na criação e posterior incorporação dessas entidades. O modelo alternativo de gestão adotado pela Bahia diferenciava-se da iniciativa dos outros estados, à medida que guardava características mais consoantes à MP 1.591/97, onde não se objetivava, apenas, a terceirização da saúde, mas uma parceria com a iniciativa privada (nesse caso, as OSS, sem fins lucrativos) com uma maior amplitude (GONÇALVES, 1998). Porém, a promulgação das leis estadual e federal não foi suficiente para que as OSS atuassem, definitivamente. A discussão e movimentação política, no CES, nas universidades, sindicatos e em outros setores da sociedade, apontavam para fragilidades e irregularidades jurídicas. Além do que, havia insatisfação em outros organismos de controle social do SUS e preocupação com o rumo do processo, em vários setores, inclusive dentro da própria SESAB (PINTO, 2004).

Debatiam-se a inconstitucionalidade e ilegalidade das publicizações, visto que as instituições privadas, com ou sem fins lucrativos, deveriam participar do SUS de forma complementar (BRASIL, 1988). Porém, na prática, a intenção do Estado seria “entregar” suas unidades hospitalares para a iniciativa privada, que passaria a dispor das mesmas, como se suas fossem, recebendo, em contrapartida, recursos públicos, gerindo-as como particulares (GONÇALVES, 1998).

Ainda em 1998, um artigo sobre a qualificação das OSS, como um ato do poder público, criticou a subjetividade presente no texto da lei que delegava para o órgão

executivo a decisão sobre a conveniência e oportunidade da entidade a ser qualificada, sem estabelecer critérios objetivos para esta qualificação, o que os autores chamaram de “descompasso entre o interesse que deveria ser juridicamente protegido pela Lei e a sua redação final” (BAHIA; CARVALHO, 1998).

Nesse contexto, vários movimentos foram desencadeados. Ressalta-se uma ação civil pública contra o Estado, pelo Ministério Público, durante o processo de tentativa da publicização do Hospital Geral Roberto Santos, em Salvador: o próprio diretor do hospital era quem dirigia a OSS, candidata à seleção pública, o que beneficiava, diretamente, pessoas vinculadas à administração pública (PINTO, 2004). Assim, mudou-se o rumo da GI na Bahia. Como os holofotes estavam voltados para o receio, as ilegalidades e a inconstitucionalidade das OSS, a partir de 1996 a terceirização passou a ser a principal modalidade de gestão dos hospitais públicos estaduais.

A ascensão da terceirização na gestão dos hospitais públicos estaduais

O debate em torno do modelo de gestão encampado pela OSS se deu no seio da PDRAE, como foi dito, e da reforma administrativa levada a cabo pelo governo estadual, a partir de 1998. Naquele momento, a contratação de serviços era preferencial para grandes e tradicionais instituições filantrópicas do estado, enquanto as relações com as entidades de representação civil se davam de maneira formal e pouco participativa. O CES funcionava, efetivamente, como órgão interno, sem qualquer autonomia, pois sua agenda era determinada pelo presidente do Conselho, que era o próprio secretário de Saúde (COELHO, 2001).

Desse modo, em meio aos embates políticos e jurídicos em torno do modelo alternativo a ser adotado pelo estado, na sua desresponsabilização pela prestação direta dos serviços de saúde, a SESAB optou por investir, principalmente, na terceirização da gestão hospitalar (BAHIA, 2002). A terceirização é bastante semelhante ao modelo das OSS, porém, a gestão é transferida para uma empresa privada, com fins lucrativos (MACHADO, 2001).

De acordo com a visão da SESAB, esta opção surgiu pela concepção de que o sistema de serviços públicos não poderia dar conta das demandas que se impunham ao sistema de saúde. Considerava-se que “esse era o caminho para a busca por maior flexibilidade e maior eficiência na prestação dos serviços de saúde no âmbito hospitalar” (BAHIA, 2002, p. 103). Além disso, a estabilidade dos funcionários públicos, a má remuneração, a falta de incentivo, a falta de conforto no

trabalho, dentre outros, constituíam os principais motivos registrados pelo governo (KEINERT et al., 2006). De fato, no que se refere às condições e relações de trabalho, os hospitais públicos sob gestão direta foram mais mal avaliados por seus funcionários, em relação aos outros modelos de gestão, segundo estudo realizado no Mato Grosso (SOUZA; SCATENA, 2014).

Numa entrevista concedida ao jornal *Folha de S. Paulo*, em 2000, o ex-secretário de Saúde José Maria de Magalhães Netto justificou o novo rumo da gestão hospitalar, na Bahia, utilizando a exaustão da gestão estatal. Para ele, a terceirização permitiria uma maior flexibilização para contrato e demissão de funcionários. Por sua vez, o custo seria menor e a eficiência, bem maior (MAGALHÃES NETTO, 2000).

As terceirizações, na Bahia, eram alicerçadas pela Lei 8.666/93, que estabelece normas gerais sobre licitações e contratos administrativos pertinentes a serviços, no âmbito dos poderes concernentes aos quatro entes: União, Estados, Distrito Federal e Municípios (BRASIL, 1993). Porém, de acordo com o Relatório de Auditoria Operacional do TCU (2012), o contrato administrativo deveria ser utilizado para a aquisição de serviços de saúde, não para a terceirização da gestão de unidades de saúde próprias (BRASIL, 2012). Dessa maneira, as terceirizações foram se “apossando” da gestão indireta hospitalar, sem uma legislação que autorizasse, de fato, esse tipo de contrato.

Como precursor desse processo, destaca-se o hospital de Ibotirama, localizado no oeste do estado, palco para experimento da GI na Bahia, em 1996. O município sediava um hospital, com 50 leitos, construído em 1993, porém, a unidade não funcionava por falta de funcionários (KEINERT et al., 2006). Diante disso, optou-se pela tentativa da publicização da gestão do hospital para uma OSS. Não obstante, frente aos entraves políticos e judiciais e dificuldades de operacionalização dessa modalidade, a alternativa foi abrir um edital de concorrência pública para terceirização (BAHIA, 2002; KEINERT et al., 2006).

Ainda em 1996, foi firmado o primeiro contrato formal para gestão hospitalar terceirizada, em Salvador. Ao contrário do que se observou no processo de criação das OSS, não há registros nas atas das reuniões do CES, da época, no que diz respeito às posições contrárias à terceirização da gestão dos hospitais, apenas receio da parte dos sindicatos dos profissionais de saúde e de outras categorias, por perdas consequentes de postos de trabalho para o funcionário público (BAHIA, 2002). Esse dado é coerente com o modo de operação dos entes privados lucrativos internacionais que

professam a transparência no discurso enquanto se imiscuem no aparato estatal sem criar resistências significativas por parte das representações sociais e governamentais (SVALLFORS; TYLLSTRÖM, 2017).

Para o diretor-geral do H1, também ex-diretor do H3, a experiência pioneira da cidade de Ibotirama foi o ponto de partida para todas as outras posteriores, diante do “sucesso gerencial” em apenas seis meses. A empresa contratada, a ET, trazia para a área pública a experiência de gestão hospitalar de uma OSS, filantrópica, já estabelecida no cenário da gestão hospitalar e de uma importante empresa do ramo da construção civil.

Desse modo, em 2001, havia 12 unidades hospitalares administradas pela iniciativa privada, sob terceirização, distribuídas em dez municípios do estado (quadro 5): seis estavam sob a gestão de uma única empresa, sob a justificativa da SESAB de que, além de possuir, na época, uma experiência acumulada em gestão hospitalar, essa empresa investia em novas formas de organização de trabalho, permitindo a operacionalização com custos otimizados (BAHIA, 2002). Porém, destaca-se que o processo para essa modalidade de publicização era feito por licitação, prevalecendo, portanto, a orientação do menor preço, o que coloca aquela justificativa em suspeição (BRASIL, 1993).

Quadro 5. Hospitais estaduais sob gestão indireta, as respectivas empresas gestoras e ano de início do contrato, no período de 1996 a 2001.

ANO INÍCIO CONTRATO	EMPRESA GESTORA	HOSPITAL
1996	SM Assessoria Empresarial e Gestão Hospitalar S/C	Eládio Lasserre
1997	SM Assessoria Empresarial e Gestão Hospitalar S/C	Hospital Regional de Ibotirama
1997	SM Assessoria Empresarial e Gestão Hospitalar S/C	Hospital Professor Carvalho Luz
1998	Castro e Lopes Ltda.	Hospital Geral de Guanambi
1998	SM Assessoria Empresarial e Gestão Hospitalar S/C	Hospital de Paulo Afonso
1998	Empresa Médica de Paramirim Ltda.	Hospital de Paramirim

continua...

1999	SM Assessoria Empresarial e Gestão Hospitalar S/C	Hospital de Porto Seguro – Luiz Eduardo Magalhães
1999	Castro e Lopes Ltda.	Hospital Eurídice Santana – Santa Rita de Cássia
2000	Empresa Médica de Paramirim Ltda.	Hospital Castro Alves
2000	Castro e Lopes Ltda.	8º Centro de Saúde – Unidade de Emergência de São Caetano
2000	SM Assessoria Empresarial e Gestão Hospitalar S/C	Hospital Geral de Itaparica
2001	Castro e Lopes Ltda.	Hospital Luiz Eduardo Magalhães Mairi

Fonte: Elaborado pelas autoras, a partir de informações extraídas de Bahia (2002) e Keinert et al. (2006).

O governo da Bahia expôs um estudo sobre a redução de custos hospitalares em unidades terceirizadas que ainda teriam sido avaliadas como excelentes, tomando-se como indicador a satisfação dos usuários desses hospitais. Ressalta-se a obtenção do prêmio ISO 9002 pelo H1, em 2000. Elogios não foram poupados ao governo frente aos dados divulgados e aos estudos comparativos entre a eficiência de hospitais sob gestão direta (GD) e indireta, nos governos de Paulo Souto e César Borges. Porém, o “sucesso” das terceirizações, incorporadas ao longo de um decênio (1996 a 2006), ainda era questionado e discutido em diversos setores da sociedade, principalmente pela oposição política (BAHIA, 2002).

Percebiam-se, ao longo da reforma gerencial, especificamente na Bahia, argumentos contrários e favoráveis às OSS influenciados por visões ideológicas dos grupos políticos em disputa, contra e a favor do modelo (BRASIL, 2012). Esses argumentos respaldavam tanto os discursos do sucesso da implantação das OSS quanto os que relativizam o sucesso do empreendimento, levantando seus verdadeiros custos ao Tesouro público.

Em 2003, com a entrada do Partido dos Trabalhadores (PT) na condução do governo central, as OSS reemergiram a partir da Lei Estadual nº 8.647/03, que atualizou o Programa Estadual de Organizações Sociais, e do Decreto nº 8.890/04, dando-lhe nova regulamentação (BAHIA, 2003; 2004b). As terceirizações, a partir de então, foram perdendo espaço para as OSS, sendo estabelecido, em 2005, o primeiro contrato na Bahia.

Consolidação das OSS no cenário hospitalar baiano: “É como se fosse o Estado”

[...] a nossa tendência, nesses últimos oito anos, é a gente diminuir os contratos terceirizados, e partir *pra* os contratos com OSS. O que se pretende é ganhar eficiência de gestão.
[...] O Estado precisa experimentar inúmeras formas de gestão e nisso o Estado da Bahia é interessante, porque ele tem feito! Tem se arriscado!(CGI).

Em 2007, a Bahia experimentou a “oposição” no poder, após 16 anos de uma trajetória política carlista. Jaques Wagner assumiu o governo do estado, permanecendo por oito anos. Nessa gestão, o secretário estadual de Saúde foi o médico especialista em saúde pública Jorge Solla, que disseminou, durante os primeiros anos da sua gestão, discursos contrários à política reformista do governo anterior. Em uma entrevista concedida à revista *Luta Médica*, em 2007, Solla criticou a política das terceirizações do governo de Paulo Souto, as quais eram implementadas “com critérios nebulosos, sem transparência e controle social”, e defendeu a criação de “fundações estatais” para aperfeiçoar a gestão das unidades hospitalares, no setor público (SOLLA, 2007, p.6).

Após nove meses de governo Wagner, a situação encontrada na gestão da saúde, na Bahia, foi apresentada na 134ª Reunião Ordinária do CES: piores indicadores de saúde da Região Nordeste; terceirização de grande parte da rede pública hospitalar estadual; vários contratos apresentando irregularidades; fragilidade dos mecanismos de gestão (BAHIA, 2007a).

Nesse sentido, era preciso colocar em prática mecanismos inovadores de gestão, a que Solla se referira, sem repetir “os critérios nebulosos” da gestão passada. Isso foi evidenciado em um discurso do ex-secretário, no início da sua gestão, em que ressaltou a manutenção ou renovação dos contratos de gestão com OSS, que estivessem apresentando boa prestação de serviços e adequação financeira, como ocorreu com o Hospital Santa Thereza, em Ribeira do Pombal. Nos casos em que o diagnóstico da gestão hospitalar evidenciasse prejuízo para a atenção à população e inadequada relação custo/benefício, os contratos seriam rescindidos ou não renovados. Ele explanou, ainda, o absurdo de se cobrar dos hospitais sob GD eficiência e resultados positivos, com baixa alocação de recursos financeiros, já que o financiamento baseava-se em parâmetros diferenciados, com maior volume quando a gestão era terceirizada, denunciando isso como a “tônica do governo passado” (SOLLA, 2007).

Em 2008, o cenário da gestão hospitalar estadual estava bem diferente de quatro anos atrás: 13 unidades sob GI e 27 unidades sob GD. Ressalta-se que 80% dos hospitais de grande porte estavam sob a GD do Estado (BAHIA, 2009). Em 2009, a RHP da SESAB contava com 11 hospitais sob GI, sendo quatro por terceirização e sete por OSS (quadro 6).

Quadro 6. Relação dos hospitais que compunham a RHP da SESAB sob gestão indireta, seus modelos jurídicos de gestão e as respectivas instituições gestoras, 2009

UNIDADE	MODELO DE GESTÃO	INSTITUIÇÃO GESTORA
Hospital Eládio Lasserre	Indireta – Terceirização	SM (Em ampliação)
Hospital Carvalho Luz	Indireta – Terceirização	SM
Emergência São Caetano	Indireta – Terceirização	DMX
Hospital de Itaparica	Indireta – Terceirização	SM
Hospital do Oeste – Barreiras	Indireta – OSS	OSID
Hospital Santa Rita de Cassia	Indireta – OSS	OSID
Hospital Castro Alves	Indireta – OSS	APMI
Maternidade de Referência	Indireta – OSS	Santa Casa de Misericórdia
Hospital de Porto Seguro	Indireta – OSS	Monte Tabor (Em seleção para nova OSS)
Hospital de Alagoinhas	Indireta – OSS	Monte Tabor
Hospital de Ribeira do Pombal	Indireta – OSS	Fundação José Silveira

Fonte: Elaborado pelas autoras, a partir de dados extraídos de Bahia (2009).

A tendência das OSS estava confirmando-se. De acordo com CGI, a publicização da gestão para OSS seria mais vantajosa para o estado, visto que a terceirização visaria ao lucro, o que iria requerer o pagamento de uma taxa administrativa. Para o gestor, o acordo estabelecido entre uma OSS e o estado aproximava-se mais de um convênio do que de um contrato, de fato:

[...] a gente tem visto que para o Estado isso é mais vantajoso, porque o terceirizado, pela própria natureza do contrato, ele quer lucro! Por isso, a própria lei autoriza que ele cobre uma taxa de administração que varia até 20% do valor do contrato. Os contratos com OSS, na verdade, eles têm uma natureza de convênio. Então **é como se o próprio Estado estivesse na gestão desses hospitais**. E as OSS não podem, não devem, ter lucro nem prejuízo (CGI, grifo nosso).

Entretanto, apesar de o discurso vigente ser de que a OSS era “como se fosse o Estado”, havia, na prática, uma “transferência da gestão de serviços e atividades não exclusivas do Estado para o setor público não estatal”, como o próprio conceito de publicização explícita (BAHIA, 2004a), sob o estabelecimento de um contrato de gestão. A utilização do termo “publicização” para denominar a entrega da gestão pública a um ente não estatal parece muito próxima do que foi apontado na literatura crítica como reinvenção da democracia e apropriação da noção de interesse público mediante um claro jogo discursivo de inversão de sentido (KAMAT, 2004).

Já os diretores gerais do H1 e H2 trataram da diminuição dos contratos terceirizados por uma decisão do Ministério Público, frente à ilegalidade das terceirizações da gestão hospitalar, ratificando a tendência da gestão hospitalar na Bahia, para OSS e, também, PPP.

No âmbito jurídico, discutia-se, ainda, se o processo de publicização, tanto por OSS, quanto por terceirização, feria os princípios constitucionais ou não. O Art. 197 da Constituição Federal prevê a participação da iniciativa privada de forma complementar na execução de ações, quando a capacidade instalada do Estado (prédios, equipamentos, corpo médico, instalações etc.) for insuficiente para atender à demanda (GONÇALVES, 1998). Para essa participação, dá-se preferência, pelas regras vigentes, às entidades filantrópicas ou sem fins lucrativos (BRASIL, 1988). Mas a participação da iniciativa privada foi prevista para o “atendimento” à população, não para a gestão de instituições públicas.

No caso específico das terceirizações, determinou-se, através da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1.923/DF, a ilegalidade dos contratos de duas empresas, dentre elas a ET, contratada para gerir quatro hospitais, inclusive o H1 e o H3, além de outras ilegalidades referentes à publicização hospitalar.

Unia-se, então, o que era vantajoso para o Estado à tentativa de “amenizar” a inconstitucionalidade. Em 2009, mais um hospital foi entregue à gestão particular. O H2, que levou 18 anos para ter a sua construção concluída, foi inaugurado em dezembro de 2009, já sob a gestão de uma OSS, a EO. Segundo CGI, em consonância com a Lei Estadual nº 8647/03, para que ocorresse este tipo de publicização, dever-se-iam seguir determinados trâmites.

A decisão de um hospital ser ou não gerido por uma OSS era feita, normalmente, pelo gabinete do secretário de Saúde, que as definia junto com as diretorias. Uma vez definido que haveria a publicização, era construído um projeto, que nada mais era

do que o estudo da unidade e, se a unidade estivesse acabado de ser construída (caso do H2), o projeto de publicização era feito com base nos estudos epidemiológicos e comparativos com outras unidades do mesmo perfil. Esse projeto deveria conter propostas, metas, riscos e uma estimativa do recurso necessário para operar aquela unidade. Uma vez construído, deveria ser submetido ao Conselho de Gestão das Organizações Sociais (CONGEOS), composto por secretários de todas as secretarias que têm contratos com Organizações Sociais e, também, representantes da sociedade civil. Por uma determinação do TCU, deveria ser submetido, ainda, à apreciação do CES (BAHIA, 2003; BRASIL, 2012).

De acordo com CGI, o CES sempre foi favorável às publicizações, ao longo de todo o processo. Entretanto, na 135ª Reunião Ordinária do CES, em 2007, uma conselheira, que no momento estava como suplente do CONGEOS denunciou a falta de conhecimento de muitos conselheiros do CES sobre o CONGEOS e as deliberações que não ocorreram no CES:

[...] Está aqui nos relatórios que todos os hospitais que nos governos anteriores começaram a investir nessa forma de gestão [Referente à OSS], mas o governo atual não conseguiu ainda barrar como gostaríamos. [...] tem aqui a renovação de contratos que não passou por este Conselho, uma minuta de renovação de contrato do Monte Tabor com relação ao Dantas Bião que a perspectiva era de ser municipalizado e esse relatório tem uma minuta e não tem nosso conhecimento. Se o município não aceitou e não houve discussão, então como é que aqui já tem uma minuta de renovação de contrato? (BAHIA, 2007b, p. 15).

No caso do H2, também não havia registros nas atas do CES sobre a deliberação da sua publicização. Esse assunto foi abordado por Solla, na 154ª Reunião Ordinária, em 2009, ao responder a uma conselheira sobre a existência do CONGEOS, ainda questionada, e sobre a possibilidade de o H2 ser gerido por uma fundação estatal:

[...] Infelizmente, vamos ter que abrir o H2 fazendo contrato de OSS, porque o nosso projeto original era que o H2 viesse a ser o primeiro hospital público na Bahia com fundação estatal [...]. No marco atual, hoje nem a Secretaria Estadual, nem a Universidade Federal do Recôncavo tem como assumir esse hospital na GD. A única alternativa para que coloquemos esse hospital em operação neste momento é fazer uma seleção de OSS. Realmente, não tivemos alternativa, infelizmente, [...] mas tenho certeza que iremos superar as adversidades (BAHIA, 2009, p. 16).

A priori, a criação das fundações estatais para a administração de hospitais públicos, na Bahia, era política prioritária no governo de Jaques Wagner, na “desprivatização” da saúde herdada do governo anterior, sob o discurso de maior autonomia, flexibilidade e participação do controle social. Para Solla, as fundações

teriam uma capacidade gerencial que a GD não tinha e que, em parte, as OSS possuíam, apesar de funcionarem mal. Esta foi a justificativa do secretário para a criação das fundações estatais, desconsiderando as OSS como modelo alternativo adequado para a rede hospitalar (SOLLA, 2009).

Estranhamente, em dezembro de 2009, na seleção pública para publicização do H2, a EO foi qualificada como OSS e assumiu a gestão do hospital. O valor investido neste processo foi de R\$ 5.355.068,40, completamente díspar ao que se investia na aquisição de equipamentos para hospitais sob GD (BAHIA, 2011).

Em 2011, foi feito um comparativo, no CES, com relação ao investimento do governo, nos hospitais que seriam publicizados. Apesar de Solla ter denunciado na 11ª Conferência Nacional de Saúde, no ano de 2000, que 80% dos recursos do SUS eram transferidos para o setor privado, na sua gestão não estava muito diferente (BAHIA, 2011). Constatou-se que, no ano de 2011, foram aplicados R\$ 498,4 milhões para administração das 18 unidades hospitalares e ambulatoriais sob GI. Nas 23 unidades sob GD, foram provisionados R\$ 184 milhões, sem contabilizar o pagamento da folha de pessoal (BAHIA, 2012). Como a folha de pessoal, segundo a Lei de Responsabilidade Fiscal, não deve ultrapassar 50% do gasto com custeio, pode-se estimar o gasto com as unidades diretas em cerca de 370 milhões, o que estaria bem abaixo do gasto com a GI. Sabe-se que a EO é do mesmo grupo da ET, empresa que iniciou a terceirização da gestão hospitalar na Bahia, predominando por alguns anos. Em 2012, dois dos hospitais que estavam sob a gestão da ET, o H1 e um outro hospital do interior da Bahia passaram a ser geridos pela EO. Também não se tem registros nas atas do CES sobre o processo de publicização desses hospitais para OSS, nem da “migração” da gestão desses hospitais da ET (terceirização) para EO (OSS).

Quando questionados a respeito da homogeneidade da EO e ET, os gestores afirmaram que apenas a EO surgiu “dos saberes” da ET. Porém, em diversos momentos das entrevistas, utilizaram a primeira pessoa do plural para se referirem às empresas:

Nós somos os primeiros em gestão hospitalar, na Bahia. [...] A EO surgiu pela vontade de algumas pessoas que são da ET, em ter um instituto. [...] Ora, a EO, tem os saberes que migraram e que foram absorvidos e aprimorados pela ET (DG1, grifo nosso).

Nós temos uma PPP com outra empresa, totalmente diferente desse contrato... A EO surgiu da ET. A ideia era a continuidade disso (DG2, grifo nosso).

Ainda em 1998, Santos denunciou esse processo como uma espécie de fraude à Constituição, à medida que o Programa de Publicização permitia que entidades preexistentes fossem travestidas em OSS, por meio de uma ação “entre amigos”. Além disso, constatou-se também que o quadro de diretores dos hospitais, que antes era gerido pela ET e agora pela EO, era o mesmo, existindo, apenas em alguns casos, a permuta do diretor de um hospital para outro.

Até fevereiro de 2015, o grupo ET/EO administrava cinco hospitais estaduais, na Bahia, dos 18 que compunham a rede própria sob GI. Desses, 15 eram hospitais gerais, três desses, de grande porte (quadro 7). De um modo geral, a RHP da SESAB era composta por 41 hospitais: 23 estavam sob a GD do estado, 15 geridos por OSS, dois por terceirização e um por PPP (quadro 8).

Quadro 7. Caracterização da RHP da Sesab sob gestão indireta, quanto a localização geográfica, porte, especialidade e tempo de funcionamento, 2015.

UNIDADE	MUNICÍPIO	PORTE/Nº DE LEITOS	ESPECIALIDADE	T. DE FUNC.*
1. Hospital do Subúrbio	Salvador	Porte Extra/313 Leito	Geral	5 anos
2. Hospital Prof. Carvalho Luz	Salvador	Médio Porte/84 Leitos	Geral	19 anos
3. Hospital Eládio Lasserre	Salvador	Médio Porte/146 Leitos	Geral	20 anos
4. Hospital Manoel Victorino	Salvador	Médio Porte/108 Leitos	Especializado/Ortopedia	8 anos
5. Hospital São Jorge	Salvador	Pequeno Porte/44 Leitos	Geral	7 anos
6. Maternidade José Maria de Magalhães Netto	Salvador	Grande Porte/243 Leitos	Especializado/Maternidade	10 anos
7. Hospital Geral do Oeste	Barreiras	Grande Porte/247 Leitos	Geral	9 anos
8. Hospital Regional Luís Eduardo Magalhães	Porto Seguro	Médio Porte/125 Leitos	Geral	11 anos
9. Hospital Regional Dantas Bião	Alagoínhas	Médio Porte/110 Leitos	Geral	9 anos
10. Hospital Geral Santa Tereza	Ribeira do Pombal	Médio Porte/96 Leitos	Geral	7 anos
11. Hospital Regional de Ibotirama	Ibotirama	Pequeno Porte/52 Leitos	Geral	11 anos
12. Hospital Eurídice Santana	Santa Rita de Cássia	Pequeno Porte/24 Leitos	Geral	13 anos
13. Hospital Dep. Luís Eduardo Magalhães	Mairí	Pequeno Porte/33 Leitos	Geral	16 anos

continua...

UNIDADE	MUNICÍPIO	PORTE/Nº DE LEITOS	ESPECIALIDADE	T. DE FUNC.*
14. Hospital Regional de Castro Alves	Castro Alves	Pequeno Porte/30 Leitos	Geral	13 anos
15. Hospital Regional de Juazeiro	Juazeiro	Médio Porte/129 Leitos	Geral	7 anos
16. Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus	Santo Antônio de Jesus	Médio Porte/150 Leitos	Geral	7 anos
17. Hospital Estadual da Criança	Feira de Santana	Médio Porte/130 Leitos	Especializado/Pediatria	6 anos
18. Hospital Geral de Itaparica	Itaparica	Médio Porte/52 Leitos	Geral	13 anos

Fonte: Elaborado pelas autoras, a partir de informações cedidas pela Diretoria da Rede Própria sob Gestão Indireta (DIRPGI) – Sesab; Brasil (2013).

*Lê-se: Tempo de Funcionamento

Quadro 8. Relação dos hospitais que compunham a RHP da SESAB, seus modelos jurídicos de gestão e as respectivas instituições gestoras, 2015.

HOSPITAL	MODELO DE GESTÃO	INSTITUIÇÃO GESTORA
	CAPITAL	
Hospital Geral Roberto Santos	Direta	SESAB
Hospital Geral do Estado	Direta	SESAB
Hospital do Subúrbio	Indireta – PPP	Prodal Saúde
Hospital Couto Maia	Direta	SESAB
Hospital Prof. Carvalho Luz	Indireta – OSS	Instituto Fernando Filgueiras – IFF
Hospital Eládio Lasserre	Indireta – Terceirização	SM – Assessoria Empresarial e Gestão Hospitalar Ltda.
Hospital Manoel Victorino	Indireta – OSS	Instituto Brasileiro de Administração Hospitalar - IBDAH
Hospital Especializado Octávio Mangabeira	Direta	SESAB
Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira	Direta	SESAB
Hospital São Jorge	Indireta – OSS	Obras Sociais Irmã Dulce – OSID
Hospital Especializado Mário Leal	Direta	SESAB
Hospital Geral João Batista Caribé	Direta	SESAB
Hospital Geral Menandro de Faria	Direta	SESAB
Hospital Ernesto Simões Filho	Direta	SESAB
Hospital Especializado Dom Rodrigo de Menezes	Direta	SESAB

continua...

HOSPITAL	MODELO DE GESTÃO	INSTITUIÇÃO GESTORA
	INTERIOR	
Hospital Geral do Oeste – Barreiras	Indireta – OSS	Obras Sociais Irmã Dulce – OSID
Hospital Geral Clériston Andrade – Feira de Santana	Direta	SESAB
Hospital Luís Eduardo Magalhães – Porto Seguro	Indireta – OSS	Monte Tabor
Hospital Regional Dantas Bião – Alagoinhas	Indireta – OSS	Monte Tabor
Hospital Geral Sta Tereza - Ribeira do Pombal	Indireta – OSS	Fundação José Silveira – FJS
Hospital Especializado Lopes Rodrigues – Feira de Santana	Direta	SESAB
Hospital de Ibotirama – Ibotirama	Indireta – Terceirização	SM - Assessoria Empresarial e Gestão Hospitalar Ltda.
Hospital Eurídice Santana – Santa Rita de Cássia	Indireta – OSS	Obras Sociais Irmã Dulce – OSID
Hospital Geral Deputado Luís Eduardo Magalhães – Mairí	Indireta – OSS	PRÓ-Saúde
Hospital Regional de Castro Alves – Castro Alves	Indireta – OSS	APMICA – Associação de Proteção à Maternidade e Infância de Castro Alves
Hospital Regional de Juazeiro – Juazeiro	Indireta – OSS	IMIP

Fonte: Elaborado pelas autoras, a partir de informações cedidas pela Diretoria da Rede Própria sob Gestão Indireta (DIRPGI) – SESAB; Bahia (2013).

De acordo com CGI, até março de 2015, os dois únicos contratos por terceirização não seriam mais renovados e haveria seleção pública destes hospitais para publicização por OSS. Alguns estudos mostram que as experiências com OSS no Brasil apontam para maior flexibilidade e modernização na gestão hospitalar pública, entretanto,

com alta instabilidade e rotatividade de profissionais de saúde (MACHADO et al., 2016; IBAÑEZ; VECINA, 2016), além de fragilidades no controle social, na integralidade e transparência (MELO et al., 2009).

Uma questão surgiu então: qual seria a motivação, o interesse, de uma empresa privada em gerir um hospital público, sem fins lucrativos? Para a CGI estas empresas pleiteavam “prestígio perante a sociedade”. Para os diretores dos hospitais, uma questão de “amor”, “vocação”, “identificação”, “envolvimento”, “desafio”.

Eu amo o que eu faço! E... Minha gestão eu não levo como esforço. Isso é um aprendizado (DG1).

[...] eu acho que é justamente o envolvimento... Eu não me vejo dentro de uma rede privada. [...] acho que é mais questão de identificação com o serviço, entendeu? [...] E assim, uma OSS ela tem a capacidade de trazer pra esse universo público o que aprendeu do privado. É como se fosse uma missão (DA2).

Porém, além de toda a motivação abstrata, observou-se também motivação financeira. Apesar de os contratos com as OSS não contemplarem a taxa administrativa, como nos contratos terceirizados, havia remuneração para o quadro da diretoria. Além da segurança estabelecida com o Estado, conforme explanado por DG2:

Primeiro, que a OSS não tem lucro, mas os diretores podem ser remunerados. Eles têm um teto de remuneração limitado a 70% do valor de um desembargador. [...] O que ela pode é remunerar a sua diretoria que trabalha. [...] aqui você tem garantias como, uma OSS não pode ir à falência, porque ela só vai à falência se for caracterizada má gestão. [...] se faltar algum recurso, o governo tem que aportar esse recurso para garantir a sobrevivência da instituição (DG2).

Segundo Gonçalves (1998), a maioria das OSS, que não dispõem de qualquer patrimônio ou estrutura hospitalar, ao efetuarem contratos (e não convênios) com o Estado, estaria atrás de benefícios pessoais para seus associados, que, de servidores públicos passariam a gestores da coisa pública (sem licitação ou concurso), obtendo salários melhores e outras vantagens. Vantagens estas que motivariam as empresas gestoras de hospitais com fins lucrativos a assumir a gestão desses hospitais, sob contrato por OSS, mediante recebimento de uma taxa administrativa.

Sabe-se que, além dos interesses econômicos e particulares envolvidos, o retorno do modelo das OSS, no bojo de um governo que sustentou discurso contrário às práticas de privatização, seja de bens, seja da gestão dos bens, envolve outras questões políticas mais amplas que balizam a continuidade de discursos e práticas na gestão pública, antagônicas aos princípios que expressam o verdadeiro desejo da sociedade

brasileira e que se encontra claramente expresso na sua Constituição: “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988).

Considerações finais

Os resultados deste estudo apresentaram a implantação das OSS na gestão da rede hospitalar do SUS, na Bahia. A paralisação da incorporação destas entidades, diante de fortes oposições políticas ao processo, abriu espaço para a ascensão das terceirizações, a partir de 1996, mesmo sem uma legislação que autorizasse esse tipo de contrato jurídico. Nesse contexto, identificou-se o crescimento exponencial das OSS, no cenário hospitalar baiano, a partir de 2005, momento em que a oposição política, no estado, ganhava terreno para o “velho carlismo”² das décadas da ditadura militar.

A vitória do PT nas eleições de 2006 trouxe um novo projeto de fundações estatais que não conseguiu impor-se, cedendo espaço para o retorno das OSS como modalidade preferencial de gestão hospitalar na Bahia, a despeito dos discursos críticos de outrora. Na jornada de migração das terceirizações para OSS, pôde-se visualizar um processo de brotamento de entidades a partir de OSS já consolidadas, em parceria com executivos, membros oriundos do ramo privado da construção civil. Estas novas entidades “camaleônicas”, diante do ocaso das terceirizações, mudaram sua identidade jurídica para atender ao novo discurso estadual da saúde, de que as OSS são “como se fosse o próprio Estado”, pois estariam isentas de lucratividade nas suas práticas, discurso colocado em xeque pela evidência de alternância de cargos diretivos bem remunerados, entre as entidades.

O *modus operandi* das empresas lucrativas travestidas de Organização Social ainda não tem sido devidamente estudado no Brasil, mas pesquisas de autores europeus mostram a rapidez com o setor privado atua na penetração da esfera pública modificando sua cultura, relações, manipulando a formulação de políticas públicas e sua implementação sob o olhar complacente da sociedade, seduzida pelo discurso da eficiência do setor privado e da corrupção do setor público e da própria transvaloração da noção de democracia e interesse público (SVALLFORS; TYLLSTRÖM, 2017; KAMAT, 2004).

Estados mais endividados e economicamente vulneráveis estão mais sujeitos à influência das diretrizes neoliberais que ordenam a diminuição do gasto público

enquanto drenam os escassos recursos para o setor privado (REEVESA et al., 2014). Nesse sentido, o papel do Banco Mundial na orientação das políticas da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia já havia sido levantado por Coelho (2001), sem que haja indícios do arrefecimento desta influência nas novas gestões do PT, como se observa no crescimento da modalidade PPP e da retirada gradual da União e dos estados no financiamento da Atenção Primária e das ações de Vigilância à Saúde.

Em especial, esse estudo aponta para o fortalecimento do CES como espaço autônomo e verdadeiramente representativo, pois veio de lá o único suspiro de crítica e indignação à inoperância dos controles sob a gestão hospitalar. Entretanto, o afrouxamento deste conselho nas deliberações para as publicizações e aditivos contratuais expressou a sua omissão com relação à política hospitalar na Bahia.

As limitações que um estudo de caso oferece apontam para a necessidade de novas pesquisas no campo das políticas públicas que mostrem as diferenças de configuração em outros cenários organizacionais do Brasil e da América Latina, de um processo que se acredita não ser um mero fenômeno locorregional, mas indício de que as forças antagônicas à emancipação social não cessam de fluir e se transmutar, “como se fossem” exercício de justiça e democracia.³

Referências

ANDREWS, C. W; KOUZMIN, A. O discurso da nova administração pública. *Lua Nova*. São Paulo, n.45, p. 97-129, 1998.

BAHIA. Lei nº 7027, de 29 de janeiro de 1997. Institui o Programa Estadual de Incentivo às Organizações Sociais e dá outras providências. *Diário Oficial [do] Estado da Bahia*, Salvador, 30 jan. 1997a, p. 9-11.

_____. Decreto nº 6480, de 13 de junho de 1997. Regulamenta a Lei nº 7.027, de 29 de janeiro de 1997, que instituiu o Programa Estadual de Incentivo às Organizações Sociais, e dá outras providências. *Sistema de Legislação da Casa Civil*, Salvador, 1997b.

_____. Decreto nº 7007, de 14 de novembro de 1997. Regulamenta a Lei nº 7.027, de 29 de janeiro de 1997, que instituiu o Programa Estadual de Incentivo às Organizações Sociais, e dá outras providências. *Sistema de Legislação da Casa Civil*, Salvador, 1997c.

_____. Decreto nº 7008, de 14 de novembro de 1997. Estabelece normas específicas para a operacionalização, pela área de saúde do Estado, do Programa Estadual de Incentivo às Organizações Sociais, instituído pela Lei nº 7.027, de 29 de janeiro de 1997. *Sistema de Legislação da Casa Civil*, Salvador, 1997d.

_____. Secretaria de Administração. *O processo de modernização do Estado: Os avanços de uma década 1991-2001*. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Escola de Administração, 2002.

_____. Conselho Estadual de Saúde. *Ata da 134ª Reunião Ordinária*. Salvador, BA, 31 out. 2007a.

_____. Conselho Estadual de Saúde. *Ata da 135ª Reunião Ordinária*. Salvador, 29 nov. 2007b.

_____. Conselho Estadual de Saúde. *Ata da 139ª Reunião Ordinária*. Salvador, 27 mar. 2008.

_____. Conselho Estadual de Saúde. *Ata da 159ª Reunião Ordinária*. Salvador, 16 dez. 2009.

_____. Conselho Estadual de Saúde. *Ata da 180ª Reunião Ordinária*. Salvador, 27 out. 2011.

_____. Conselho Estadual de Saúde. *Ata da 189ª Reunião Ordinária*. Salvador, 09 ago. 2012.

_____. Secretaria de Administração. *Manual de Constituição de Organizações Sociais*. Salvador, 2004a, 46p.

_____. Decreto nº 8.890, de 22 de Janeiro de 2004. Regulamenta a Lei no 8.647, de 29 de julho de 2003, que dispõe sobre o Programa Estadual de Organizações Sociais, revoga os Decretos nos 7.007 e 7.008, de 14 de novembro de 1997, e dá outras providências. *Sistema de Legislação da Casa Civil*, Salvador, 2004b.

_____. Lei nº 8.647 de 29 de julho de 2003. Dispõe sobre o Programa Estadual de Organizações Sociais e dá outras providências. *Sistema de Legislação da Casa Civil*, Salvador, 2003.

_____. Secretaria de Saúde. *Gestão da Rede Própria*. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=com_content&view=article&id=8198&catid=43&Itemid=37> Acesso em: 15 ago. 2013.

BAHIA, P. I. V. C.; CARVALHO, P. M. Organizações Sociais: qualificação como um ato vinculado do poder público. In: SÃO PAULO (Estado). Procuradoria Geral. *Gestão compartilhada do serviço público e o tratamento constitucional do serviço público*. São Paulo: CEPGES, [1998?]. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/Congresso/wtese21.htm>>. Acesso em: 02 fev. 2015.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 05 out. 1988. Seção 1, p. 1-32.

_____. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. *Plano Diretor da reforma do aparelho do Estado*. Brasília, DF, 1995, 68p.

_____. Ministério da Saúde. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos*. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>> Acesso em: 15 nov. 2013.

_____. Tribunal de Contas da União. *Relatório de auditoria operacional: transferência do gerenciamento de serviços públicos de saúde a Organizações Sociais*. Brasília, DF, 2012.

_____. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 22 jun. 1993. p. 8269-8281.

_____. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, D.O. 18 mai. 1998. p. 8.

_____. Medida Provisória nº 1591, de 9 de outubro de 1997. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção do Laboratório Nacional de Luz Síncrotron e da Fundação Roquette Pinto e a absorção de atividades por organizações sociais, e dá outras providências. *Coleção das Leis da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, Imprensa Nacional, v. 189, n. 10, t. 1, p. 6529-6936, 1997.

COELHO, T. C. B. *O Processo político de gestão em uma instituição complexa do Sistema único de Saúde*. 2001. 233 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2001.

COSTA, F. L. da. Estado, reforma do Estado e democracia no Brasil da Nova República. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 71-82, 1998.

DANTAS NETO, P. F. Surf nas ondas do tempo: do carlismo histórico ao carlismo pós-carlista. *Cadernos do CRH (UFBA)*, Salvador, v. 39, p. 213-255, 2003.

FAIRCLOUGH, N. *Critical Discourse Analysis: the critical study of language*. Londres: Longman, 1995.

GONÇALVES, W. *Parecer sobre terceirização e parceiros na Saúde Pública*. Rio Grande do Sul: Ministério Público. 1998. Disponível em: <<http://www.mprs.mp.br/dirhum/doutrina/id239.htm>> Acesso em: 10 dez. 2014.

GUIMARÃES, M. C. L. et al. Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica. *Cad. de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p.1642-1650, 2004.

IBAÑEZ, N.; VECINA NETO, G. Modelos de gestão e o SUS. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 12, p. 1831-1840, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000700006>> Acesso em: 03 fev. 2018.

KAMAT, S. The privatization of public interest: theorizing NGO discourse in a neoliberal era. *Review of International Political Economy*, v. 11, n.1, p. 155-176, February, 2004.

KEINERT, T. M. M. et al. Delegação na prestação de serviços de saúde no estado da Bahia. In: *Inovação e cooperação intergovernamental: microregionalização, consórcios, parcerias e terceirizações na saúde*. São Paulo: Annablume, 2006. p. 123-126.

- LAURELL, A. C. A. Three decades of neoliberalism in Mexico: the destruction of society. *International Journal of Health Services*, v. 45, n. 2, p. 246-264, 2015.
- MACHADO, C. V. Novos modelos de gerência nos hospitais públicos: as experiências recentes. *Physis: Rev. de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n.1, p. 105-197, 2001.
- MACHADO, C. V. et al. Gestão do trabalho nas Unidades de Pronto Atendimento: estratégias governamentais e perfil dos profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, 2016.
- MAGALHÃES NETTO, J. M. *Hospital público é terceirizado e recebe certificado ISO 9002*. São Paulo: Folha de São Paulo, 11 de junho de 2000. Entrevista cedida a Marcos Vita.
- MELO, C. M. M. et al. Avaliação da gestão terceirizada em uma unidade básica de saúde: resultados preliminares. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 23, n. 1, 2, 3, p. 45-56, 2009.
- O'LAUGHLIN, B. Pragmatism, structural reforms and the politics. *Development and Change*, v. 47, n.4, p. 686-711, 2016.
- PEREIRA, C.G. *O jogo entre elites e instituições: As estratégias políticas de ACM Neto e a tradição carlista*. Caderno CRH, Salvador, v. 30, n. 80, p. 237-255, 2017.
- PINTO, I. C. M. *Ascensão e queda de uma questão na agenda governamental: o caso das Organizações Sociais da Saúde na Bahia*. 2004. 255p. Tese (Doutorado em Administração de Empresas) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.
- REEVESA, A. et al. The political economy of austerity and healthcare: Cross-national analysis of expenditure changes in 27 European nations 1995–2011. *Health Policy*, v. 115, p. 1-8, 2014.
- SANTOS, L. A. dos. *O programa de publicização e as Organizações Sociais*. Livrozilla, 16 mar. 1998. Disponível em: <<http://livrozilla.com/doc/672467/o-programa-de-publiciza%C3%A7%C3%A3o-e-as-organiza%C3%A7%C3%B5es-sociais>> Acesso em: 26 jan. 2015.
- SIMONET, D. The New Public Management Theory in the British Health Care System: A Critical Review. *Administration & Society*, v. 47, n. 7, p. 802-826, 2013.
- SOLLA, J. J. S. P. Fundações Estatais de Direito Privado: projeto avança no Congresso e nos estados. *Revista Radis*, n. 79, mar. 2009.
- _____. *Valorização profissional na pauta da secretaria*. Jan/fev. 2007. Entrevista cedida à Revista Luta Médica, ano I, nº 2, 2007.
- SOUZA, P.C. de; SCATENA, J. H. G. Condições de trabalho em hospitais do mix público-privado do Sistema Único de Saúde no Estado de Mato Grosso. *Rev. Adm. Saúde*, v. 16. n. 62, p. 33-40, 2014.

SVALLFORS, S.; TYLLSTRÖM, A. *Lobbying for profits: private companies and the privatization of the welfare state in Sweden*. Stockholm: Institutet för framtidsstudier/Institute for Futures Studies, 2017 (Arbetsrapport/Working Paper 2017, n. 1).

WARING, J. Mapping the Public Sector Diaspora: towards a model of intersectoral cultural hybridity using evidence from the English healthcare reforms. *Public Administration*, v. 93, n.2, p. 345-362, 2015.

Notas

¹ Este trabalho é produto de dissertação de mestrado aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana em 2014.

² Carlismo é um fenômeno político iniciado na década dos anos 1970, no Estado da Bahia, em torno da forte liderança, por três mandatos, do governador Antônio Carlos Magalhães (ACM), que também ocupou o cargo de senador (1994-2002), presidente do Senado (1997-2011) e Ministro das Comunicações (1985-1990). O carlismo, além de constituir forte liderança local e nacional por décadas, estabeleceu um modo de fazer política, hegemônico e ainda presente, caracterizado por uma combinação de modernização administrativa e política conservadora, clientelista e revanchista (PEREIRA, 2017).

³ M. C. Reis foi responsável pela concepção do projeto de pesquisa; coleta, análise e interpretação dos dados; redação e revisão crítica do artigo. T. C. B. Coelho responsabilizou-se pela concepção do projeto de pesquisa; supervisão e orientação; análise e interpretação dos dados; redação e revisão crítica do artigo.

Abstract

Publicization of hospital management in SUS: re-emergence of Health Social Organizations

The state of Bahia has been a “pioneer” in privatization of hospital management through a policy of encouraging Health Social Organizations (OSS) under the discourse of greater efficiency. The rapidity as the private sector penetrates the public sphere and modifies the notion of democracy and public interest has been noted around the world. To analyze the process of OSS management in two cases, documents available in the public domain sites and interviews with the hospital and the Health Department of Bahia State (SESAB) management staff were used. A comparison between the data collected by different sources was supported by historical and operational-analytical categories which allowed its interpretation and showed the rise of outsourcings since 1996, and the emergence of OSS in the Bahia hospital scene from 2005 forward, side by side with the weakness of the Health State Council control and the revival of the “best efficiency” discourse that would be “almost like the state.” To meet the new policy and tune up with the new government discourse, ex-outsourced companies changed their legal personality to OSS. Such disguised privatization process was protagonized by a government that supported contrary speech about this practice antagonistical to the principles of health security, expressed by the Brazilian Constitution.

► **Keywords:** health management; hospital administration; outsourced services.

