

Organizações sociais e a gestão dos serviços do SUS

Social organizations and the management of SUS services

Tânia Regina Krüger^a

 <https://orcid.org/0000-0002-7122-6088>

Camila Reis^a

 <https://orcid.org/0000-0001-9793-8641>

Resumo: O objetivo do artigo é apresentar como o modelo de gestão dos serviços do SUS por organização social se apresenta nos Planos Estaduais Plurianuais de Saúde nos quadriênios de 2012-5 e 2016-9, de onze estados brasileiros. A pesquisa evidenciou que poucos planos fazem referências explícitas aos serviços com gestão por organização social, mas a maioria dos estados propõe a adoção da gestão dos serviços por meio de organizações sociais ou estratégias que se vinculam à parceria público-privado.

Palavras-chave: SUS. Planejamento. Modelo de gestão. Organizações sociais.

Abstract: The goal of the article is to present how the model of management of SUS's services by Social Organization are presented in the Health Multiannual State Plans in the quadrennials of 2012-5 and 2016-9, from eleven Brazilian states. The research evidenced that few Plans have explicit references to services with management by Social Organization, but most of the States propose the adoption of the management of the services through Social Organizations or strategies that are linked to the public-private partnership.

Keywords: SUS. Planning. Management model. Social organizations.

Introdução

Para identificar e analisar os modelos de gestão dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) por organização social (OS) nos Planos Estaduais Plurianuais de Saúde, tivemos como pressuposto tratar do SUS como um grande projeto nacional de política pública estatal, universal

^aUniversidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC, Brasil.

Recebido: 30/5/2018 ■ Aprovado: 20/2/2019

e integral que tem colidido com os projetos de sociedade dos governos do mundo capitalista contemporâneo. Sem desconsiderar sua tensa trajetória de institucionalização e implementação, interessa apontar a forte inter-relação do SUS com o setor privado da saúde que vem submetendo os direitos sociais clássicos da democracia burguesa às necessidades de reprodução ampliada do capital.

Essa submissão aos interesses do mercado da saúde tem inúmeros momentos desde 1990, que a literatura crítica do tema em geral caracteriza como contrarreformas. A nosso ver, desde 2016 essa contrarreforma pode ser identificada como uma progressiva desconstitucionalização do SUS, no âmbito de um projeto político-econômico conservador que avança de maneira considerável no desmonte e na privatização de empresas e dos serviços públicos estatais. A perversidade dessa desconstitucionalização está acontecendo, segundo Paim (2018), de forma que os interesses privados estão se entranhando no DNA do SUS ao mesmo tempo em que este SUS que está aí ainda é muito orgânico aos interesses privados.

Esse entranhamento dos interesses privados no SUS, diga-se de passagem, que se trata de interesse nos seus recursos financeiros, e não em cumprir seus princípios, está aliado à multiplicação de fórmulas jurídicas para realizar subvenções ao setor privado e filantrópico por meio de: isenções fiscais, gestão por organizações sociais, parcerias público-privadas (PPP), empresarialização de instituições públicas e compra direta de consultas, procedimentos e exames. Essas medidas são apresentadas como decisões políticas de pura necessidade para resolver a crise econômica buscando uma fórmula de menor custo e maior eficiência. Essas práticas da contrarreforma para as políticas sociais construíram uma narrativa técnica-gerencial apelativa para se desviar do resultado destrutivo de suas políticas, com foco na modernização, controle de resultados, relação custo-benefício e na eficiência. Tal narrativa invisibiliza as necessidades de saúde, desconhece que as nossas alarmantes desigualdades em saúde representam um custo econômico para a sociedade e ignora as evidências de que em tempos de crise exige-se que se invista na saúde como estratégia para capacitar melhor os cidadãos para, com mais *competências*, ultrapassá-la.

Diante desses elementos conjunturais que estão determinando a vida legal, institucional e operacional do SUS, colocamos como objetivo para o nosso texto apresentar os resultados da pesquisa¹ que identificou como os modelos de gestão dos serviços do SUS por organização social se apresentam nos Planos Estaduais Plurianuais de Saúde — PES — dos quadriênios 2012-5 e 2016-9. Para a pesquisa foram consideradas as 27 unidades federativas do Brasil e as cinco regiões. Com esses critérios foram eleitos onze estados: Amazonas, Pará, Bahia, Paraíba, Pernambuco, Distrito Federal, Goiás, Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul e Santa Catarina.

No material, observamos no diagnóstico informações sobre a natureza das instituições que realizam os serviços do SUS, com destaque para os modelos de gestão por organização social. E nos eixos, diretrizes, objetivos, ações e metas foram identificados os propósitos sobre o modelo de gestão dos serviços do SUS em relação às organizações sociais para os serviços de média e alta complexidade.

O estudo, com elementos teóricos e empíricos de natureza qualitativa, tem intuito de compreender o conteúdo desses documentos, que são importantes instrumentos de gestão e devem ser direcionadores da política de saúde por quatro anos. Adotamos, para tais reflexões e análises, elementos teóricos da literatura que trata das políticas sociais de base democrático-popular, a relação público-privado no SUS, a gestão gerencial e a perspectiva da realização do SUS como política universal, igualitária, integral e com gestão pública estatal.

O artigo se estrutura da seguinte forma: inicialmente apresenta reflexões sobre os modelos de gestão dos serviços do SUS com base no direito privado, com destaque para as organizações sociais; com base nos PES, a

¹ Pesquisa intitulada “Os modelos de gestão dos serviços de saúde: como se apresentam nos Planos Estaduais Plurianuais de Saúde”, através do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica PIBIC/CNPq — PIBIC-Af/CNPq — BIPI/UFSC, edições 2015/2016, 2016/2017, e que contou também com a participação dos estudantes: Leonardo Moura da Silva e Maria Fernanda Schmitt Bunn. A pesquisa faz parte de um projeto guarda-chuva, intitulado “Saúde e Serviço Social: planejamento, gestão, participação e exercício profissional”. As atividades de desenvolvimento do projeto estão vinculadas ao Núcleo de Estudos em Serviço Social e Organização Popular — NESSOP/DSS/UFSC.

apresentação da natureza das instituições que realizam os serviços do SUS; por fim, no terceiro item, as prioridades em relação aos modelos de gestão do quadriênio 2012-5 e 2016-9.

1. Modelos de gestão dos serviços do SUS com base no direito privado

O SUS é considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, que oferece serviços de saúde estatal, gratuito, integral e universal. Este sistema não foi fruto de deliberações mecânicas e abstratas, mas de um movimento social chamado Reforma Sanitária, que buscou colocar o Estado a serviço das funções públicas e atender as necessidades coletivas. Nos fundamentos do SUS, a saúde é direito de cidadania, é um bem social, coletivo e público. Assim, no SUS saúde é determinada pelo modo de organização social de uma sociedade não é considerada apenas a ausência da doença, e não é um bem e consumo que se adquire como mercadoria via empresarialização dos serviços,

A partir dos anos 1990, o projeto liberal privatista não arrefeceu. Continuou na disputa político-ideológica e operacional do modelo de atenção à saúde. O projeto privatista defende que o Estado garanta um mínimo aos que não podem pagar, atenda às populações vulneráveis por meio do pacote básico, atenda o interior do país e realize os serviços de vigilância à saúde. Para si, reivindica o atendimento dos que têm acesso ao mercado e o acesso ao fundo público para fazer a gestão dos serviços SUS. Este projeto liberal privatista ampliou nos anos 2000 suas investidas agressivas contra o SUS, forçando a ampliação das contratualizações com os serviços privados e filantrópicos; a entrega dos serviços públicos à gestão de empresas denominadas organizações sociais; a realização das parcerias público-privadas; a criação de empresas públicas para prestar e gerir os serviços de saúde com base no direito privado; a renúncia fiscal beneficiando o setor filantrópico e privado da saúde; o estímulo ao seguro privado de saúde (Planos Populares de Saúde) e mais recentemente, por meio da Federação dos Planos de Saúde (Febraplan), a proposta de criação de um novo sistema nacional de saúde.

Portanto, os trinta anos do SUS significam também um período de graves afrontas e ameaças aos seus fundamentos. Com essa política, os usuários dos serviços passam progressivamente a ser vistos como consumidores e clientes em vez de cidadãos, ficando o Estado com a incumbência de atender os comprovadamente mais pobres. Assim, segundo Simões e Lima (2016), inaugura-se o reinado do minimalismo no social com a nova gestão pública que inclui recursos e mecanismos típicos do mercado para enfrentar as crises e/ou subsidiar a reprodução do capital. Complementando:

Trata-se de uma brutal fragmentação do social em contraposição a uma gigantesca globalização do econômico. E é fantástico como as soluções econômicas sempre dependem do macro e as sociais, sempre do micro. Outra ideia recorrente é a de que o social só adquire relevância quando tratado como capital. (Tavares, 2008, p. 184)

Defendemos a ideia de que o social é um objeto central em si mesmo, cuja legitimidade ética e das necessidades humanas não tem que se subordinar ao econômico: “É a condição do ser humano, e não do capital, que outorga o direito aos pobres serem cidadãos, não para exercerem a livre escolha no mercado, mas para terem condições dignas de vida” (Tavares, 2008, p. 185). A única condição para acesso às políticas públicas, particularmente ao SUS, deveria ser a condição de ser humano. O financiamento e o acesso universal aos serviços do SUS não pode ser resultado de ajuste fiscal permanente em nome da recuperação da economia. A retórica de fazer ajustes para garantir a eficiência do gasto e da gestão pública, nos anos 1990, era usada quando se tratava de serviços públicos de natureza econômica e tarifados (transporte, telefonia, energia), mas nos últimos anos os ajustes vêm se ampliando para serviços de cidadania: saúde, educação, previdência, assistência social e habitação.

Fazer PPP ou contratualizar OS, longe de ser uma medida anti-intervencionista do Estado, é atitude típica de intervenção econômica do Estado que ajuda os ricos a ficarem mais ricos. Nesse caso Sizek (2011) nos faz perceber que os direitos da cidadania burguesa clássica se aliam aos valores da *liberdade, igualdade e fraternidade*, em nome da fórmula sagrada do

neoliberalismo, *menos custo e maior eficiência*. Para a lógica neoliberal, ao prestar a assistência diretamente o Estado não está gerando mais riqueza, mas ela é gerada quando repassa os recursos públicos para empresas e o mercado passa a ser o mediador do oferecimento dos serviços. Assim, estamos assistindo o Estado brasileiro, sob o pretexto de maior eficiência, repassar recursos aos empresários por meio de inúmeras figuras jurídicas, como as OS, PPP, fundações estatais de direito privado e empresas públicas (como a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares — EBSEH).

Lander (2008, p. 170) nos ajuda a explicar esse processo de mercantilização das políticas sociais, que se sustentam no avanço acelerado de “uma nova ordem jurídica institucional de natureza mercantil, na qual se estabelece a plena prioridade dos direitos do capital sobre os direitos das pessoas, pretendendo-se constitucionalizar o modo de vida neoliberal”, adotada por governantes de diferentes filiações partidárias. Essa forma de privatização não se realiza pelo mecanismo da venda típica, mas envolve também no plano dos argumentos uma afirmação de que tais mecanismos operarão como mais e não menos Estado, pois este fica como regulador, repassador dos recursos e renovador dos contratos periodicamente.

Reconhecemos essas ações de privatização dos serviços como parte do projeto gerencialista, o qual cinde economia e política como se não fossem uma totalidade, e também cinde teoria e prática como se as exigências de reformas fossem apenas necessidade técnica. Segundo Souza Filho (2006, p. 323), a hegemonia ideológica do projeto gerencialista ataca a finalidade de universalização de direitos e a dimensão racional e impessoal da administração burocrática. Mas para o segmento político e econômico que defende a administração pública gerencial em um contexto de Estado ineficiente, “alternativas são buscadas no intuito de superar a gestão burocrática, tradicional na administração pública brasileira, instalando uma gestão gerencial, com foco na eficiência” (Gomes, 2017, p. 21).

Assim, para os defensores da administração gerencial o Estado não é competente, seus trâmites burocráticos são morosos, ineficientes, sofre ingerências políticas, não está imune aos ciclos eleitorais, e todas essas qualidades se encontram na gestão dos serviços privados. E com base nessa leitura, mais uma definição apresentada é de que a

administração pública gerencial é aquela construída sobre bases que consideram o Estado uma grande empresa cujos serviços são destinados aos seus clientes, outrora cidadãos; possui na eficiência dos serviços, na avaliação de desempenho e no controle de resultados, suas principais características. (Mafra, 2005, p. 1)

Para Mafra (2005), a administração pública gerencial é consequência dos avanços tecnológicos e da nova organização política e econômica mundial para tornar o Estado capaz de competir. Por isso o Estado tem como objetivos principais atender a duas exigências do mundo atual: adaptar-se à revisão das formas de atuação e atender às exigências das democracias de massa contemporâneas.

Essa caracterização da administração pública gerencial deixa evidente que se pauta na proposta de esvaziamento do papel do Estado de regulador das relações e de prestador de serviços públicos, ficando suas atividades vinculadas às demandas do mercado. Para Nogueira (1998, p. 124), esse *clima ideológico* se solidificou quando as forças neoliberais vieram “a público proclamar que o Estado simbolizava o atraso indesejável e a constituição da modernidade por todos almejada dependia da negação do Estado”.

Na sua lógica, o projeto gerencialista se apresenta como uma dimensão autônoma e independente da política e da economia, transformando a dimensão política da gestão pública e dos direitos sociais em uma dimensão técnica operacional, como decorrência natural das exigências do mundo atual. Entendemos que não há dimensão técnica operacional neutra que independa de decisão política, como não há mercado neutro, pois “em cada situação específica, as configurações do mercado são sempre reguladas por decisões políticas” (Sizek, 2011, p. 26). E essas relações políticas despolitizam a gestão em nome da racionalidade e da legalidade, combinadas com estratégias de flexibilização gerencial, de modernização, de controle de resultados e de eficiência, propagando um modelo de Estado-empresa-cliente (Souza Filho, 2013).

No que cabe ao SUS, destaca-se que ele não nasceu 100% público. Os artigos 197 e 199 da Constituição de 1988 preveem a execução de serviços do SUS por pessoas físicas ou jurídicas de direito privado e que a assistência

à saúde é livre à iniciativa privada, mediante contrato de direito público ou convênio (Brasil, 1988). Porém essas instituições conveniadas e contratadas pelo Estado, por ser regidas pelo direito privado e ter por princípio *menor custo e maior eficiência*, não têm compromisso com os princípios da universalidade, da integralidade, da igualdade de acesso, da redução das desigualdades e da participação popular deliberativa. É a partir de todo esse processo de desconstrução dos fundamentos do SUS que vimos esses modelos de gestão sendo cada vez mais fortalecidos pelo Estado com novos arranjos jurídicos. Assim, para a execução e gestão desses serviços, o Estado estruturou um arcabouço legal para criação das organizações sociais (Lei n. 9.637/1998 e Decreto n. 3.100/1999), que são instituições privadas, geridas pelas normas do direito privado e sem fins lucrativos, que podem realizar contratos com o Estado para a execução e gestão dos serviços. A lei confere a entidades teoricamente sem fins lucrativos, qualificadas como OS, o benefício de receberem equipamentos e recursos públicos para administrar as unidades com autonomia, contratar funcionários sem concurso público, comprar sem licitações, não serem fiscalizadas pelos conselhos, tendo liberdade na gestão dos serviços, podendo inclusive fechar as portas para os usuários. A partir da institucionalização das OS em nível federal, as esferas subnacionais foram elaborando suas leis e qualificando as organizações sociais para prestar serviços sociais, essencialmente de saúde.

Considerando todo esse processo de reforma gerencial do SUS, apresentamos como as organizações sociais, enquanto modelos de gestão dos serviços do SUS, foram contempladas nos Planos Plurianuais de Saúde de 11 estados nos quadriênios 2012-5 e 2016-9.

2. Serviços do SUS, as organizações sociais e a avaliação da gestão

Os Planos Estaduais Plurianuais de Saúde dos quadriênios 2012-5 e 2016-9 estão estruturados de acordo com as Portarias n. 3.332/2006 e n. 2.135/2013, que dispõem de orientações relativas aos instrumentos do PlanejamentoSUS (Brasil, 2006 e 2013). Mas no diagnóstico dos PES não se identificou

uma uniformização na apresentação da rede que realiza os serviços do SUS. Alguns descrevem pelo percentual da natureza dos prestadores, pelo volume de gastos com cada prestador; outros, pelo número de leitos de cada prestador. No quadro abaixo procuramos fazer uma síntese de como os modelos por OS aparecem na análise situacional dos serviços estaduais de média e alta complexidade, sendo que em vários documentos há ausência de referência à OS.

Quadro 1. Gestão por organização social na análise situacional dos serviços estaduais de média e alta complexidade por estado e quadriênio dos PES

Estado	PES 2012-5	2016-9
Santa Catarina	Dos 22 hospitais estaduais, cinco estão com administração de OS	São cinco hospitais com administração de OS
São Paulo	Os hospitais estaduais (de administração direta, indireta — autarquias e fundações e por OS), representam 30% das internações	31,3% das internações são dos hospitais com gestão direta do Estado, de autarquias e de OS
Pará		São 7 hospitais com gestão de OS
Pernambuco	Entre 2009 e 2011, três hospitais novos foram colocados com gestão de OS	A expressão OS aparece na lista de siglas e no anexo da 8ª Conferência de Saúde
Distrito Federal		
Amazonas		
Goiás	Contratos com OS em execução a partir 4/2012	Item exclusivo no PES para descrever a gestão por OS e catorze unidades estaduais sendo gerenciadas por OS
Rio Grande do Sul		
Rio de Janeiro		
Bahia	Dezessete unidades estão com gestão de OS ou PPP	Três projetos que contemplam vários serviços e unidades com PPP
Paraíba		PES 2016-9 até 1/2018 não foi localizado

Fonte: PES 2012-5 e 2016-9 dos onze estados listados. Elaboração das autoras.

Quanto à gestão de serviços por OS nos PES 2012-5, seis estados não fizeram nenhuma referência sobre essa modalidade de gestão. São Paulo, Bahia, Santa Catarina e Pernambuco eram os estados que estavam com

serviços com gestão de OS. E o estado de Goiás referia estar em processo de contratualização. Sobre as referências que os PES 2016-9 fazem à gestão por organização social, encontramos tímidas indicações e/ou omissão quanto à existência dessa forma de gestão, com exceção de Goiás, único documento que possui item próprio para descrever essa modalidade de gestão.

Os estados que indicam nos PES que possuem serviços com gestão de OS nos dois quadriênios não mencionam o nome das OS, o tempo da gestão e nem a periodicidade dos contratos. Em geral, a forma da redação dos PES não diferencia os prestadores de serviços e as formas de gestão dos serviços de âmbito estadual de média e alta complexidade, deixando parecer que estão todos com gestão estadual.

No item da análise situacional dos PES identificamos tendências ideológicas nas caracterizações e avaliações em relação à gestão que vem sendo realizada e as perspectivas de continuidade. A nosso ver há nos PES uma tendência de enfatizar as dificuldades e/ou desqualificar a gestão pública do SUS nos seguintes termos: falta de autonomia orçamentária, financeira e técnico-administrativa; defasagem tecnológica; limitações de ordem fiscal quanto à admissão e expansão de recursos humanos; falta de agilidade nos processos licitatórios de insumos; dificuldade de contratualizar prestadores de acordo com a legislação atual, por isso a necessidade de adoção de novo modelo organizacional; precariedade dos registros e processamento dos procedimentos realizados que dificultam a elaboração de indicadores e ocasionam a subutilização do teto financeiro; parte da receita é comprometida no custeio das unidades, faltando para os investimentos.

As referências elencadas sustentam uma perspectiva de que a gestão estatal com base no direito público é dificultadora de uma gestão moderna e eficiente, que possa ampliar, qualificar e melhorar o acesso aos usuários. Apesar dos PES mencionarem nas páginas iniciais sua vinculação e respeito ao SUS, no diagnóstico sobre os serviços e a gestão, o setor público é desqualificado, parecendo incapaz de ser ágil e eficiente, e só um novo modelo organizacional vinculado ao setor privado pode responder por essas qualidades.

Em termos de perspectivas, algumas expressões do diagnóstico da gestão dos PES merecem destaque, pois os textos já colocam proposições como: aprimoramento dos instrumentos de gestão; análise e implementação

de metodologias relacionadas ao desenvolvimento do sistema de alocação de recursos, apuração de custos; avaliação tecnológica; aumento no repasse de recursos às instituições privadas sem fins lucrativos e aos hospitais do Estado para que possam oferecer maior quantidade de serviços e qualificar o atendimento; busca pela sustentabilidade, eficiência, eficácia, efetividade dos serviços, que só poderão ter sucesso mediante a adoção de novo modelo organizacional. Fala-se ainda em modernização gerencial, com melhor aproveitamento dos recursos materiais, humanos e financeiros disponíveis; gestão moderna em parceria com o privado; aprimoramento do sistema de gestão do trabalho para eficiência do sistema e com remuneração baseada em critérios de desempenho; criação de sistema de metas a ser contratualizadas, não apenas com a área-fim, mas também com a área-meio.

Essas proposições para a melhoria da gestão e dos serviços não levam em conta a natureza do investimento público, pois quando indicam incremento dos recursos, a ampliação de contratos de serviços e a revisão dos fluxos não apresentam evidências de que priorizam os serviços públicos estatais. As propostas acima se referem à melhoria dos serviços e da gestão independente da natureza institucional do prestador de serviço. Nota-se que todas as indicações de aprimoramento, melhoria do atendimento, agilidade e busca de novas estratégias não se vinculam à realização e à garantia do interesse público da saúde/SUS com um bem social e coletivo. No entanto, aqui são desprezadas a necessidade de racionalização da gestão do sistema acima apresentadas, pois reconhecemos que o SUS tem princípios doutrinários e organizativos.

3. A gestão do SUS nos quadriênios 2012-5 e 2016-9 em relação às OS

Quanto às proposições para os quadriênios 2012-5 e 2016-9 dos PES, procuramos identificar, no Eixo de Gestão e da Assistência de Média e Alta Complexidade, as diretrizes, objetivos, ações e metas que se referem à gestão dos serviços de natureza estadual. Na apresentação dos resultados, não faremos por cada uma das diretrizes, objetivos, ações e metas dos estados, pois elas se repetem e se complementam.

Observamos no texto o uso de termos muito genéricos tratando da administração indireta ou de contratualizações sem maior identificação do serviço ou da modalidade de gestão, que não fica evidente quando se trata de gestão própria, dos contratos com o setor filantrópico, com as empresas públicas, as parcerias público-privado ou com as OS, como mostra o quadro abaixo:

Quadro 2. Os objetivos, ações e metas dos PES por estado e quadriênio sobre a gestão por organização social na média e alta complexidade

Estado	PES 2012-5	2016-9
Santa Catarina		Não há referência às OS. Propõe-se promover modelos públicos de gestão, fortalecer a gestão estatal e direta do estado contra todas as formas de privatização e parcerias público-privadas e/ou estrangeiras
São Paulo		Aos hospitais com gestão de OS refere-se o controle da taxa de ocupação e que 100% deles sejam avaliados. Propõe-se construir cinco hospitais com o apoio da iniciativa privada
Pará		
Pernambuco	Ampliar os contratos de gerenciamento via as OS. Institucionalizar planejamento e avaliação nos serviços próprios e gerenciados por OS	Uma das ações é a gestão dar transparência ao controle social dos serviços geridos por OS. Enfatiza-se ampliar serviços na rede pública
Distrito Federal	Implantar os contratos de gerenciamento dos hospitais via OS	Propõe-se a utilização de diferentes modalidades de parceria com a iniciativa privada e apresenta a legislação que ampara essas ações
Amazonas	Manter as PPP e apoiar novos convênios e parcerias com o Estado	Manter três contratos com OS para gestão de quatro unidades
Goiás	Implantar os contratos via OS. Institucionalizar planejamento e avaliação nos serviços próprios e nos gerenciados por OS	Aperfeiçoar a fiscalização e o monitoramento das unidades com gestão por OS
Rio Grande do Sul	Ampliar os contratos com o setor privado sem fazer referência à OS	
Rio de Janeiro	Ampliar os contratos com o setor sem fazer referência à OS	
Bahia	Ampliar os contratos com o setor privado sem fazer referência à OS	Gerenciar e contratualizar unidades com administração indireta — PPP
Paraíba		PES 2016-9 até 1/2018 não localizado

Fonte: PES 2012-5 e 2016-9 dos onze estados listados. Elaboração das autoras.

Quanto ao modelo de gestão e à natureza das instituições que realizam os serviços de média e alta complexidade, não encontramos na maioria dos planos estudados indicações de fortalecimento do sistema de saúde público e estatal. As expressões de modernização, aperfeiçoamento, fortalecimento e qualificação não se vinculam propriamente a um modelo de gestão pública estatal com base no direito público.

Particularmente em relação Santa Catarina, cabe destacar que aparece como uma diretriz a garantia do sistema estadual totalmente público. Nos objetivos específicos ficou explicitado que se deve:

Garantir o Sistema de Saúde Estadual totalmente público e com funcionamento integrado com a rede de saúde; respeitar a Resolução n. 003/2010 do CES e a Notificação Recomendatória n. 33.326/2011 do Ministério Público do Trabalho; e retomar gradativamente todos os serviços repassados às organizações sociais no Estado. (Santa Catarina, 2011, p. 209)

Nesse caso, podemos desconfiar de que esse objetivo específico foi colocado no PES quando do debate no Conselho Estadual de Saúde, pois a Resolução do Conselho Estadual n. 03/2010 e a Notificação do Ministério do Trabalho se referem à proibição de o estado fazer contratos com OS para gerir serviços próprios. No caso de Pernambuco, uma das ações é a gestão dar transparência ao controle social, por meio de relatórios trimestrais, dos serviços geridos por OS. Nesse caso, também supomos que essa ação emergiu no PES no momento do debate no Conselho Estadual de Saúde.

Essas suposições, que merecem pesquisa própria, aqui parecem que vão se sustentando quando correlacionamos com os resultados indicados no item anterior. O debate e aprovação dos PES nos Conselhos Estaduais de Saúde, em nossa avaliação, pode ser o motivo das poucas referências ou omissões que fazem os documentos em relação à gestão por OS ou explica as várias maneiras de apresentar as formas de gestão por OS conforme sintetizamos.

Desse esquema síntese dos quadros 1 e 2 e na tentativa de caracterizar como cada estado apresentou suas formas de gestão dos serviços do SUS, temos muito a ponderar, pois entendemos que os planos passaram por uma

série de *filtros* — que foram os debates com gestores municipais, academia, audiências públicas, apreciações técnico-políticas e orçamentárias de vários setores dos governos estaduais e, por fim, a apreciação e aprovação no Conselho Estadual de Saúde.

Os planos com redações genéricas dificultam possíveis questionamentos ou permitem interpretações de várias ordens, como, por exemplo, no PES de Santa Catarina, que propôs como objetivo: “Implantar modelos públicos de gestão hospitalar”. Aparentemente esse objetivo pode ser uma vitória do campo democrático-popular, mas no debate político da gestão pode ser metamorfoseado, adquirindo significados diversos conforme a tendência teórico-política do debatedor. Na lógica do gerencialismo, serviços públicos com gestão por OS não deixam de ser um modelo de gestão pública.

Assim, temas que são polêmicos no debate do SUS, como a relação público-privado, ficaram no campo da generalidade na redação desses documentos. Sabemos que quando esses temas são pauta nos Conselhos Estaduais de Saúde, provocam debates extremamente polêmicos, muitas vezes não passam por aprovação, e os gestores fazem a execução à revelia das decisões dos espaços colegiados.² Desse modo, supomos que a falta de explicitação do tema nesse importante instrumento de gestão se deve ao compromisso formal dos gestores com a aprovação do PES nessa instância de controle social.

Para além da gestão por OS como uma forma de privatização, os PES evidenciaram outras modalidades, como a preocupação em regularizar convênios com o setor filantrópico. O plano do Distrito Federal não se referiu particularmente à OS, mas propõe a utilização de diferentes modalidades de parceria com a iniciativa privada e apresenta a legislação que ampara essas ações. Mas em pesquisa paralela encontramos a intenção de passar a gestão das Upas para OS.³ Outra modalidade de transferir a gestão do serviço público são as PPP, já em andamento na Bahia e com propostas de

² Sobre os debates internos do Conselho em relação aos instrumentos de gestão e as OS, ver Krüger, 2017, p. 77-109.

³ Ver Souza, 2016.

ampliação para o estado de São Paulo, já com serviços de OS, agora que propõe construir hospitais em parceria com o setor privado.

De maneira geral, o uso de termos mais condizentes com os modelos de gestão gerencialista identificados no diagnóstico se repete nas propostas, pois a busca de novos modelos organizativos não é qualificada ou conceituada em termos de direção teórica, política e técnica para gestão do SUS. Também não são conceituados os termos densamente usados como: eficiência, regulação, qualificação, qualidade, controle, monitoramento, foco em resultados, ganhos de produtividade, modernização e financiamento estável.

Avaliando as metas e indicadores dos PES, ficou claro a naturalização das OS no sistema de saúde, pois se fala em gerenciar e avaliar as OS (São Paulo e Goiás), implantar uma nova política de cofinanciamento para os prestadores de serviços ao SUS e manter contratos através de parceria público-privada.

Notas conclusivas

Nos Planos Estaduais de Saúde Quadrienais estudados há inúmeras referências sobre as dificuldades da gestão quanto a falta de autonomia orçamentária, financeira e técnico-administrativa; limitações de ordem fiscal para admissão e expansão de recursos humanos; falta de agilidade nos processos licitatórios; gestão burocrática e centralizada que provoca a elevação dos custos e dificulta o planejamento.

Concluimos que essas afirmações abrem caminho para a perspectiva gerencialista, aos despolitizarem e sufocarem o modelo de gestão pública estatal. Como isso não queremos dizer que o setor público não tenha que ser mais ágil e eficiente, pois as necessidades sociais e de saúde reclamam essa agilidade e eficiência. A lógica gerencialista de gestão vem revestida de uma série de novas terminologias que têm mascarado os fundamentos do SUS e submete as necessidades de saúde a questões técnicas de eficiência e modernização.

Quanto à gestão dos serviços de média e alta complexidade, observamos que são marcadas por expressões que se repetem: garantir qualidade,

aprimoramento, modernização gerencial, eficiência e controle dos resultados. Quanto ao modelo de gestão e à natureza das instituições que realizam os serviços, não encontramos em nenhum dos planos indicações de fortalecimento do sistema de saúde público estatal. As expressões de modernização, aperfeiçoamento, fortalecimento e qualificação não se vinculam a um modelo de gestão pública estatal com base no direito público. De forma genérica, os estados do Amazonas, Rio Grande do Sul, Pernambuco, Santa Catarina e Rio de Janeiro apresentam ações para fortalecer a gestão do SUS.

Em síntese, podemos afirmar que os PES, ao apresentar conteúdo que questiona o modelo de gestão pública estatal, reclamando de sua morosidade e falta de eficiência, estão abrindo portas para a perspectiva gerencialista na gestão dos serviços do SUS. Contudo, os objetivos e ações para adoção de modelos de gestão dos serviços com a contratualização de OS não são tão explícitos.

Encaminhar a gestão com OS sem isto ser efetivamente uma diretriz ou objetivo do PES parece ser uma estratégia de não tornar públicas as intenções do executivo estadual de seguir a lógica gerencialista e privatista da gestão do SUS. Deixar evidente essa intenção num documento de acesso público e que deve ser aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde, que tem composição colegiada de vários segmentos da sociedade civil, é dar margem para tencionar o debate, podendo provocar adiamentos e até a não aprovação do documento.

Por fim, esta pesquisa conclui que os processos de gestão por OS nos estados vem se ampliando nesses dois quadriênios analisados, mas que os PES não são documentos suficiente para mensurar esse crescimento, pois nos pareceu que as informações da gestão não estão de todo neles retratadas. Nota-se uma linguagem genérica em relação ao SUS, quase como para cumprir um dispositivo legal, mas as perspectivas ideopolíticas dos gestores assentam-se numa expectativa de rever os processos de gestão, sendo o modelo privado mais indicado. Há, sim, em nome de uma racionalidade, de uma legalidade, combinada com estratégias de flexibilização gerencial, de modernização, de controle de resultados e de eficiência, uma despolitização do SUS como projeto de saúde pública para a sociedade brasileira.

Ao finalizar este texto não podemos deixar de apontar que no decorrer da pesquisa dos PES n. 2016-2019 realizamos aleatoriamente uma pesquisa na internet com a palavra-chave organização social de saúde e o nome de cada um dos estados. Foi surpreendente observar como muitos estados omitiram total ou parcialmente essa forma de gestão dos PES. E indicamos para futuras pesquisas uma correlação entre os instrumentos de gestão, documentos dos sites das respectivas Secretarias de Estado da Saúde e notícias de jornais.

Referências

BRASIL. Constituição Federal de 1988.

_____. *Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços.

_____. *Portaria n. 3.332, de 28 de dezembro de 2006*. Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS.

_____. *Portaria n. 2.135, de 25 de setembro de 2013*. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde.

GOMES, C. P. B. O papel das organizações da sociedade civil [...]. *Revista Digital de Direito Administrativo*, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 20-38, 2017.

KRÜGER, T. R. Organizações sociais e instrumentos de gestão: o debate no Conselho Estadual de Saúde de Santa Catarina. *Grifos*, Chapecó, n. 42, p. 77-109, 2017.

LANDER, E. Os governos, o Estado e o poder popular. In: MENEGAT, M.; BEHRING, E.; FONTES, V. *Dilemas da humanidade*. Rio de Janeiro: Contraponto, 2008. p. 167-200.

MAFRA, F. Administração pública burocrática e gerencial. *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, VIII, n. 21, maio 2005. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=503>. Acesso em: 18 maio 2017.

NOGUEIRA, M. A. *As possibilidades da política*. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

PAIM, J. S. 30 anos do SUS. *Outra Saúde*, Salvador, 15 mar. 2018. Disponível em: <<http://outraspalavras.net/outrasaude/2018/03/22/jairnilson-paim-uma-leitura-sobre-os-30-anos-do-sus/>>. Acesso em: 24 mar. 2018.

SIMÕES, J.; LIMA, L. V. A entidade reguladora da saúde. In: LOUREIRO, João; PEREIRA, André Dias; BARBOSA, Carla (Coords.). *Direito da saúde: estudos em homenagem a Guilherme de Oliveira*. Coimbra: Almedina, 2016. v. 2, p. 285-306.

SIZEK, S. *Primeiro como tragédia, depois como farsa*. São Paulo: Boitempo, 2011.

SOUZA, A. Organização social administrará saúde do DF. *Jornal de Brasília*, Brasília, 18 jul. 2016. Disponível em: <<http://www.jornaldebrasilia.com.br/cidades/organizacao-social-administrara-saude-do-df/>>. Acesso em: 8 fev. 2017.

SOUZA FILHO, R. S. *Estado, burocracia e patrimonialismo no desenvolvimento da administração pública brasileira*. 2006. Tese (Doutorado) — Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Serviço Social/Programa de Pós-graduação em Serviço Social, Rio de Janeiro, 2006.

_____. *Gestão pública & democracia: a burocracia em questão*. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

TAVARES, L. Comentadores de mesa. LANDER, E. Os governos, o Estado e o poder popular. In: MENEGAT, M.; BEHRING, E.; FONTES, V. *Dilemas da humanidade*. Rio de Janeiro: Contraponto, 2008. p. 167-200.

Referências dos Planos Estaduais de Saúde pesquisados 2012-5

AMAZONAS. Plano Estadual de Saúde 2012-2015. Secretaria de Estado de Saúde. Manaus-AM, 2013.

BAHIA. Plano Estadual de Saúde 2012-2015. Secretaria de Estado da Saúde. Salvador-BA, 2012.

DISTRITO FEDERAL. Plano Estadual de Saúde 2012-2015. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília-DF, 2012.

GOIÁS. Plano Estadual de Saúde 2012-2015. Secretaria da Saúde. Goiânia-GO, 2012.

PARÁ. Plano Estadual de Saúde 2012-2015. Secretaria de Estado e Saúde Pública. Belém-PA, 2012.

PARAÍBA. Plano Estadual de Saúde 2012-2015. Secretaria de Estado da Saúde. João Pessoa-PB, 2012.

PERNAMBUCO. Plano Estadual de Saúde 2012-2015. Secretaria Estadual de Saúde. Recife-PE, 2012.

RIO DE JANEIRO. Plano Estadual de Saúde 2012-2015. Secretaria de Saúde. Rio de Janeiro-RJ, 2012.

RIO GRANDE DO SUL. Plano Estadual de Saúde 2012-2015. Secretaria da Saúde. Porto Alegre-RS, 2013.

SANTA CATARINA. Plano Estadual de Saúde 2012-2015. Secretaria de Estado da Saúde. Florianópolis-SC, 2011.

SÃO PAULO. Plano Estadual de Saúde 2012-2015. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo-SP, 2012.

Referências dos Planos Estaduais de Saúde pesquisados 2016-9

AMAZONAS. Plano Estadual de Saúde 2016-2019. Secretaria de Estado de Saúde. Manaus-AM, 2016.

BAHIA. Plano Estadual de Saúde 2016-2019. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 40, supl. 3, out./dez. 2016. 123p.

DISTRITO FEDERAL. Plano Estadual de Saúde 2016-2019. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília-DF, 2016.

GOIÁS. Plano Estadual de Saúde 2016-2019. Secretaria da Saúde. Goiânia-GO, 2016.

PARÁ. Plano Estadual de Saúde 2016-2019. Secretaria de Estado e Saúde Pública. Belém-PA, 2016.

PERNAMBUCO. Plano Estadual de Saúde 2016-2019. Secretaria Estadual de Saúde. Recife-PE, 2016.

RIO DE JANEIRO. Plano Estadual de Saúde 2016-2019. Secretaria de Saúde. Rio de Janeiro-RJ, 2016.

RIO GRANDE DO SUL. Plano Estadual de Saúde 2016-2019. Secretaria da Saúde. Porto Alegre-RS, 2016.

SANTA CATARINA. Plano Estadual de Saúde 2016-2019. Secretaria de Estado da Saúde. Florianópolis-SC, 2016.

SÃO PAULO. Plano Estadual de Saúde 2016-2019. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo-SP, 2016.

Sobre as autoras

TÂNIA REGINA KRÜGER – Docente. Integrante do Núcleo de Estudos em Serviço Social e Organização Popular (Nessop).

E-mail: tania.kruger@ufsc.br

CAMILA REIS – Assistente Social residente no programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (Rims), Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC).

E-mail: camilacfh@hotmail.com

