

ALOCAÇÃO DE RECURSOS DO FUNDO PÚBLICO PARA ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DA SAÚDE

ALLOCATION OF PUBLIC RESOURCES FROM THE FUND FOR SOCIAL HEALTH ORGANIZATIONS

Assuero Fonseca XIMENES *
Valdilene Pereira Viana SCHMALLER**
Adriana Falangola Benjamin BEZERRA***

Resumo: O artigo analisa o desenvolvimento da contrarreforma da saúde, a partir da apropriação dos recursos do fundo público pelas Organizações Sociais da Saúde (OSS) que são entidades públicas não estatais, que conformam um modelo privatizante de gestão de setores não exclusivos do Estado. Este é um estudo exploratório de abordagem quantitativo-qualitativa e de pesquisa documental de fonte primária, na qual identificou que a secretaria de saúde de Pernambuco destinou mais recursos para as unidades geridas por OSS em relação às de administração pública. Desta forma, verificou-se que o modelo de gestão pública, contraditoriamente, com menos recursos, realizou mais atendimentos que as OSS. Assim, entende-se que o uso dos recursos do fundo público para pagamento das OSS expande o setor privado, mas até o momento não existe evidência de melhora na prestação de serviços assistenciais e conforma uma tendência ao anacronismo na consolidação do projeto de Reforma Sanitária em Pernambuco.

Palavras-chave: Fundo público. Contrarreforma da saúde. Modelo de gestão. Organização Social da Saúde.

Abstract: This article analyzes the development of health reform with the use of the public fund by the Social health organizations (OSS), which are non-state public entities that represent a model of privatization management of the nonexclusive state sectors. It is an exploratory study of quantitative and qualitative approach, which uses the documental research as primary source. The study found that the Health Department has allocated more resources to the units managed by OSS than the public administration ones. It was verified that the model of public management with fewer resources made more health services than the Social health organizations (OSS). It was understood that the use of public fund resources available to the OSS increases the private health section, but it does not improve the provision of health services and it shows a tendency to the anachronism in the consolidation of the health reform project in Pernambuco.

Keywords: Public fund. Health Reform. Privatizing management model. Social Health Organizatio.

Submetido em 08/03/2018.

Aceito em 09/08/2018.

* Graduado em Ciência da Computação pela Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP e graduado em Administração pela Universidade Paulista – UNIP. Especialista em Gestão Estratégica da Tecnologia da Informação pela FCAP/UPE. Mestre em Administração e Doutor em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE. Docente da UFRPE da área de Gestão de TI. Universidade Federal Rural de Pernambuco, Unidade Acadêmica de Garanhuns. Avenida Bom Pastor - de 1042/1043 ao fim, Boa Vista, CEP: 55292-278 - Garanhuns, PE – Brasil. E-mail: <assuero_ximenes@hotmail.com>.

** Mestra e Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco. Professora Associada aposentada da Universidade Federal de Pernambuco. Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-graduação em Serviço Social. Avenida dos Economistas, s/n, Cidade Universitária, CEP: 50670-901 - Recife, PE – Brasil. E-mail: <valdileneviana@uol.com.br>.

*** Especialista em Educação pela Universidade Federal de Pernambuco e em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz. Mestra em Nutrição em Saúde Pública e Doutora em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco. Docente do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Medicina Social. AV. Professor Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária, CEP: 50670-420 - Recife, PE – Brasil. E-mail: <afalangola@uol.com.br>.

Introdução

No Brasil, a alocação do fundo público é resultado de uma série de medidas de ajustes fiscais resultantes do agravamento da crise estrutural, com início na década de 1970, que atingiu tanto os países centrais quanto os em desenvolvimento.

O Estado capitalista, com a finalidade de superação da crise, cria e implementa várias estratégias tendo em vista, principalmente, diminuir suas funções, dentre outras reduzir a intervenção na área econômica e redução dos direitos sociais conquistados.

Estas estratégias estão em conformidade com a tendência do capitalismo contemporâneo: a supercapitalização, ou seja, a busca do capital em ampliar os seus tentáculos em esferas não-mercantis e “[...] da mercantilização e industrialização da esfera da reprodução” (BEHRING, 2003, p. 90).

Nesse termo, o fundo público vem desempenhando um importante papel para a manutenção do capitalismo, principalmente se considerar que a ampliação das políticas sociais, ao longo das décadas, vem garantindo a expansão do mercado nos períodos de diminuição de atividades econômicas.

Considera-se, ainda, que o fundo público é permeado por contradições de classe sendo um espaço onde as forças e os interesses sociais antagônicos estão em disputa, uma vez que “[...] garante concretude à ação planejada do Estado e espelha as prioridades das políticas públicas que serão priorizadas pelo governo” (SALVADOR, 2012, p. 5).

Assim, a apropriação do fundo público ocorre a partir da criação de diferentes mecanismos na denominada Reforma do Aparelho Administrativo do Estado brasileiro, iniciada em 1995. Dentre os mecanismos, foram criadas as parcerias público/privada (PPP) para executar serviços estatais, mediante a alocação de recursos para distintos grupos privados de diversas áreas.

Entende-se que a disputa pelo fundo público, a despeito das variações econômicas em decorrência do projeto neoliberal, a partir da década de 1990, teve seu crescimento durante o governo do presidente Fernando Collor de Mello e, desde então, instituí-se estratégias políticas para alterar os dispositivos do Estado no que se refere a sua distribuição e função.

Em 1995, sob o governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), foi lançado o Programa Nacional de Publicização¹ (PNP), que tinha como proposta implantar um novo modelo de gerenciamento de políticas sociais públicas, com o discurso de obtenção de maior eficiência, eficácia e racionalidade dos gastos públicos, além de desburocratizar as ações estatais.

O PNP determina que a reforma deveria ser compreendida como uma proposta para a redefinição do papel do Estado, na qual este deixaria de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e

¹Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, que 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.

social pela via da produção de bens e serviços, para fortalecer-se na função de promotor e regulador (BRASIL, 1995).

Deste modo, o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, para promover a publicização das atividades definidas como não exclusivas do Estado – serviços sociais, culturais, pesquisa científica e tecnológica, proteção ambiental, educação e saúde - propôs transferir a esfera estatal para o campo que denomina público não estatal, por meio da criação de Organizações Sociais (OS)².

Desde o PNP, os governos subsequentes apresentaram diversas iniciativas de Parceria Público-Privado (PPP), entre as quais destacam-se: as Organizações Sociais e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), entidades privadas consideradas “sem fins lucrativos”, iniciadas ainda durante o primeiro mandato de FHC; as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP), regulamentadas durante o governo de Luís Inácio Lula da Silva; e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), implantada em 2011, no governo Dilma Vanna Rousseff, segundo a Frente Nacional contra a Privatização (FNCP, 2013), para a prestação de serviços de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico.

Esses novos modelos de gestão de serviços utilizam de estruturas organizacionais historicamente adotadas pela lógica de mercado. Entende-se que, apesar das distinções no campo da natureza jurídica, todas as parcerias propostas acima se situam no campo dos “novos modelos de gestão pública de serviços não essenciais”, que assumem o papel de executor das políticas sociais financiadas pelo Estado. Além disso, o mecanismo utilizado, a terceirização de serviços não essenciais, pode ser caracterizada como privatização³, ainda que não seja na sua forma “clássica”.

O governador eleito de Pernambuco Eduardo Henrique Accioly Campos, na sua primeira gestão (2007-2010), fez diversas modificações na política de saúde, com o intuito de reduzir a superlotação das emergências a partir da ampliação a rede de serviços de alta complexidade, adere a terceirização de serviços, mediante transferência de recursos do orçamento para as Organizações Sociais da Saúde (OSS) gerenciar unidades de alta complexidade do subsetor público do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, este artigo tem por objetivo analisar a contrarreforma do setor de saúde no estado de Pernambuco e identificar o gasto total realizado em duas unidades de saúde de alta complexidade sendo, uma gerenciada por OSS e outra pela gestão pública direta.

²A utilização das OSs, proposta nos meados da década de 1990, começou a ser implantada em Pernambuco no ano 2000, por meio da Lei nº 11.743/20002, que regulamenta a prestação de serviços públicos não exclusivos por entidades privadas sem fins lucrativos, com o título de Organizações Sociais (OSs) ou Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips). Posteriormente, altera-se também a Lei nº 12.973/2005, para melhor adequação e posterior expansão da terceirização dos serviços públicos não exclusivos do Estado, a exemplo da saúde e assistência social.

³Sodré *et al*, afirmam que privatização “[...] em sentido amplo é um conceito que abrange todas as formas pelas quais se busca a diminuição do tamanho do Estado, podendo abranger a desregulamentação (diminuição da intervenção do Estado no domínio econômico), a desmonopolização de atividades econômicas, a privatização de serviços públicos (dada a empresa privada e não mais a empresa estatal) e as contratações de terceiros (*contracting out*), em que a administração pública celebra ajustes de variados tipos para buscar a colaboração com o setor privado, como os contratos de obras e prestação de serviços (a título de terceirização), os convênio, os contratos de gestão, os termos de parceria.

1. Procedimentos metodológicos

Aprender as contradições, tensões e disputas entre o projeto de reforma sanitária e as expressões da contrarreforma do setor de saúde, principalmente na alocação e apropriação do fundo público, foi o nosso ponto de partida⁴, por considerarmos que “[...] o conhecimento começa com a experiência tendo nela seu ponto de partida. Mas apenas o ponto de partida” Netto (2011, p.335). Deste modo é bom frisar que em Pernambuco a alocação dos recursos públicos da saúde para as Organizações Sociais teve início no ano de 2009 quando o governo abriu licitação para a contratação de Organizações Sociais a fim de administrar e gerenciar as recém-construídas unidades de urgência e emergência sendo: três (03) novos hospitais e onze (11) Unidades de Pronto Atendimento (UPA) da Região Metropolitana do Recife. Como resultado foi celebrado, no ano de 2010, um único contrato de gestão, com período de cinco anos, por meio de cinco Organizações Sociais da Saúde (OSS). Este fato não é uma ação estatal isolada, em vários estados e municípios brasileiros pode-se observar o surgimento ou a expansão dessa modalidade de gestão de serviços de saúde.

Este é um estudo exploratório com pesquisa qualitativo-quantitativa e documental e para a sua realização foram utilizadas fontes secundárias para a coleta de dados, disponibilizado pelo governo de Pernambuco, mediante as informações financeiras de gastos da saúde com os contratos de gestão das OSS, o Plano Estadual de Saúde e os relatórios de gestão da saúde. Todos os documentos analisados são públicos e estão disponíveis no portal da transparência do governo do estado⁵. Desta forma, buscamos informações complementares no site oficial do Ministério da Saúde, no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)⁶, a saber: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS); Informações de Saúde (TABNET); Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

A coleta de dados priorizou os repasses financeiros do orçamento entre 2010 e 2012 do governo de Pernambuco. Esse período foi estabelecido como recorte final, por indisponibilidade no Portal da Transparência de outros períodos, o que nos levou a solicitação dos dados dos anos anteriores e posteriores ao triênio, porém não obtivemos nenhuma resposta do gestor público estadual até a data da conclusão da etapa de coleta de dados, estabelecida pelos pesquisadores.

Desta forma, com o objetivo de aprofundar o estudo, elegeu-se 02 hospitais de alta complexidade que possuíam o mesmo perfil de atendimento em especialidades, sendo uma unidade administrada pela gestão pública direta e outro gerenciado por OS, tomando-se, por referência, o número de atendimentos

⁴Netto (2011, p. 336), argumenta que “[...] Pensar dialeticamente traz uma série de exigências que vão na contracorrente da instrumentalização, da manipulação que nós praticamos com os fatos do mundo. Essa manipulação é necessária, mas nos dá uma visão que não é da totalidade do mundo, que não nos permite perceber a processualidade e a dinâmica do mundo e a natureza dessa dinâmica. Pensar dialeticamente supõe uma formação teórica, pesquisa, estudo constante, e supõe que se aproprie da herança cultural que vem, pelo menos, de Hegel a nossos dias. Isso é absolutamente importante não apenas para termos uma relação mais eficiente com a natureza e com o mundo que instrumentalizamos e manipulamos, mas, sobretudo, para que possamos adquirir o conhecimento teórico-científico verdadeiro do conjunto da nossa vida”.

⁵<http://web.transparencia.pe.gov.br/acesso-a-informacao/consulta-publica-de-pedidos-de-acesso-a-informacao/>

⁶<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos>

efetivados por cada unidade hospitalar para melhor identificar, quantificar e analisar a alocação de recursos do fundo público pelos dois tipos de gestão.

2. As Organizações Sociais como um modelo privatizante de gestão

O Programa Nacional de Publicização estabelece que a reforma administrativa do Estado significa garantir a esse aparelho maior governança, ou seja, disponibilizar maior capacidade de governar, viabilizando melhores condições para implementar as leis e políticas públicas. Ou seja, o Estado para se modernizar e ser mais eficiente nas atividades não exclusivas, deverá transformar as autarquias em agências autônomas e os serviços sociais estatais, por meio da transferência da gestão das organizações públicas estatais para terceirizados⁷.

Segundo Bresser Pereira (1998), no Brasil, o programa de publicização em curso prevê a transformação desses serviços em ‘organizações sociais’ que é uma entidade pública de direito privado que celebra um contrato de gestão com o Estado e, assim, é financiada parcial ou mesmo totalmente pelo orçamento público.

O que se estabelece com a criação das chamadas Organizações Sociais (OS) é uma profunda mudança sobre o gerenciamento dos serviços públicos estatais setoriais não exclusivos do Estado, porém lucrativos, para o mercado privado, ou seja, bens e serviços coletivos da área da saúde, educação, cultura, ciência, tecnologia e meio ambiente passam a ser oferecidos e geridos dentro da lógica capitalista de produção, ainda que para o Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE)⁸ não represente uma forma de privatização.

Nesses termos, Paes (2000) afirma que as OSs foram criadas para que as associações civis sem fins lucrativos e fundações de direito privado pudessem absorver atividades *publicizáveis* mediante qualificação específica de lei permitindo que as Organizações Sociais (OS) tenham autorização legal para celebrar contrato de gestão com o Estado e, conseqüentemente, acesso privilegiado da dotação orçamentária.

Já Olívio (2005) assevera que os serviços públicos não exclusivos podem ser realizados mais eficientemente pelo setor não estatal, mantido, todavia, o financiamento do erário. A tendência, segundo o autor, é de que atividades não privatizadas do Estado passem a ser melhor realizadas pelo chamado “Terceiro

⁷ Bresser Pereira (1998, p. 70) diz que “o processo de ampliação do setor público não-estatal ocorre a partir de duas origens: de um lado, a partir da sociedade, que cria continuamente entidades dessa natureza; de outro lado, a partir do Estado, que nos processos de reforma deste último quartel do século vinte, se engaja em processos de publicização de seus serviços sociais e científicos. Isto ocorreu de forma dramática na Nova Zelândia, na Austrália e no Reino Unido. Também está acontecendo em vários países europeus e mais recentemente nos Estados Unidos no nível do ensino fundamental, em que surgem escolas gratuitas de caráter comunitário, financiadas pelo Estado.”

⁸As organizações sociais terão autonomia financeira e administrativa, respeitadas condições descritas em lei específica como, por exemplo, a forma de composição de seus conselhos de administração, prevenindo-se, deste modo, a privatização ou a feudalização dessas entidades. Elas receberão recursos orçamentários, podendo obter outros ingressos por meio da prestação de serviços, doações, legados, financiamentos, etc. (BRASIL, 1995, p. 60).

Setor”. Deste modo, ressalva-se que a criação das Organizações Sociais da Saúde (OSS)⁹ é uma estratégia do capital, conseqüentemente, uma tendência mundial de substituir o papel executor do Estado.

No setor saúde¹⁰, conforme afirma Soares (2010), o que vem ocorrendo cada vez mais é um intenso imbricamento entre a mundialização do capital e a relevância dos serviços de saúde como espaço que engendra altos níveis de lucratividade, em suas íntimas relações com o capital financeiro internacional. Soares (2010) ainda argumenta que, as PPP se constituem como um espaço estratégico para a obtenção de lucros por especialmente ser “[...] um negócio com alta margem de segurança e sem riscos, pois o Estado garante a lucratividade” (SOARES, 2010, p.105), uma vez a gestão de serviços assistenciais ocorrerá a partir da distribuição e apropriação do fundo público por grupos privados.

Desta forma, verifica-se que o Sistema Único de Saúde (SUS), apesar dos avanços legais definidos na Constituição Federal de 1988, vem vivenciando inúmeras ofensivas. Conforme afirmam Vasconcelos e Schmaller (2011), a crise política e socioeconômica vivenciada no país afeta os direitos sociais legalmente conquistados e põe em risco os avanços do SUS. Além disso, conforme Soares (2010) existe o processo do desfinanciamento¹¹ do setor público de saúde que vem avançando consideravelmente nos últimos anos e todos os conteúdos de tensão existentes no sistema são deslocados para o nível central da gestão em saúde. Porém, conforme argumentam Druck e Filgueira (2007), tudo isso vem ocorrendo em nome de ajustes fiscais (débitos públicos) e monetários (combate à inflação).

Neste sentido, umas das estratégias para a contrarreforma na saúde é a busca do repasse da gestão do SUS para outras modalidades não estatais via contratos de gestão, por meio de transferência de recursos públicos, com base na propalada “ineficiência” e na “baixa qualidade de serviços do SUS” (CORREIA, 2007). O argumento mais difundido para a adesão ao Novo Modelo de Gestão de unidades hospitalares por OS¹² é a maior agilidade na prestação de serviços à comunidade com um custo menor (BARBOSA e ELIAS, 2010).

Na avaliação de Sano e Abrucio (2008), referente aos hospitais do estado de São Paulo, são vários os avanços na gestão de serviços hospitalares conseguidos com a utilização das OSs, pois evidenciam um aumento da eficácia e eficiência dos gastos públicos, bem como melhoria no atendimento pela qualidade

⁹No Brasil, a legalidade das OS foi posta em questão, em 1998, por meio de duas Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADIN) que, entretanto, tiveram sua liminar julgada apenas em 2007, quando as OS já estavam disseminadas em vários estados brasileiros, restando somente o julgamento de mérito (JUNQUEIRA, 2007).

¹⁰Nota-se que o setor saúde é “[...] uma das áreas de maior investimento tecnológico do mundo e de grandes possibilidades no mercado privado – desde os seguros e planos de saúde para os mais diversos segmentos de renda, indústria de medicamentos e equipamentos de saúde, redes hospitalares, redes de farmácia, ações na bolsa de valores, organizações sociais, fundações, etc. (SOARES, 2010, p.13).

¹¹ Bravo destaca que “a questão do desfinanciamento [...] está diretamente articulada ao gasto social do governo e é determinante para a manutenção da política focal, de precarização e terceirização dos recursos humanos. O financiamento da saúde tem vivido, nesses anos, graves problemas tais como: desvinculação da CPMF da receita do setor saúde até a sua exclusão; utilização sistemática dos recursos do orçamento da Seguridade Social para garantir o *superávit* primário das contas públicas; decisão do Presidente da República, orientado pelos Ministros do Planejamento e da Fazenda de ampliar o conteúdo das “ações de serviços de saúde” incluindo gastos com saneamento e segurança alimentar. Outro aspecto central é a desvinculação de receitas da união (DRU) com a utilização de 20% dos recursos arrecadados de impostos e contribuições sociais para pagamento da dívida pública” (BRAVO, 2009, p.5).

¹²No Brasil, vários governos estaduais já adotaram a estratégia de publicização, aqui definida como contrarreforma no setor de saúde, mediante a adesão e incorporação de novas formas de gestão do setor, dentre eles estão os estados da Bahia, São Paulo, Rio de Janeiro, Sergipe, Espírito Santo e Pernambuco.

dos recursos humanos quando comparados ao desempenho dos hospitais estatais paulistas¹³. Os referidos autores ainda depositam o sucesso da gestão das unidades de saúde, a partir de três fatores: o primeiro seria a flexibilização administrativa que favorece um melhor gerenciamento; o segundo, o tipo de contrato de gestão, que aumenta a capacidade de planejar e executar por meio de metas capazes de serem avaliadas; o terceiro, as atribuições gerenciais de regulação, monitoramento e avaliação, que podem ser eventualmente alteradas nas condições contratuais realizadas entre as partes, desde que controladas por um núcleo burocrático estratégico.

A despeito dos avanços citados por Sano e Abrucio (2008), no documento “Contra fatos não há argumentos que sustentem as Organizações Sociais no Brasil”¹⁴ são apresentadas denúncias¹⁵ sobre a existência de fraudes nas Organizações Sociais de Saúde (OSS) pela forma de dispensa de licitação, que é condição garantida para compra de material e cessão de prédios. Dessa forma, abre-se precedentes para o desvio do erário, uma violação frontal ao princípio da moralidade na administração pública, ao não se basear na lei de licitação pública.

Os defensores do modelo das Organizações Social da Saúde (OSS) se contrapõem as críticas dos defensores da Reforma Sanitária e da saúde pública estatal, afirmando que “[...] o domínio do serviço é de caráter público, não tendo esse que ser necessariamente estatal [...]”. (BORGES *et al*, 2012, p.120). A terceirização dos serviços de saúde, por meio das Organizações Sociais, conforme seus defensores, tem como princípio a competição, para que o Estado contrate serviços externos e propague a ilusão que, por meio dessa transferência, os recursos públicos serão melhores aproveitados e gastos e, além disso, ocorrerá o estímulo aos agentes privados, incluindo as organizações não-governamentais sem fins lucrativos, a competir entre si e, com isso, o dinheiro do contribuinte servirá para pagar o melhor preço possível pelo máximo de qualidade disponível.

Deste modo, essas reformas no âmbito estadual foram impulsionadas desde a metade da década de 1990, com a justificativa que trariam diversas soluções relacionadas a crise financeira vivenciada pelos governos estaduais e, por causa disto, era necessária a construção de uma coalizão de instituições pró-ajuste fiscal para superar essa crise. Nesta perspectiva, a ideia da nova gestão pública foi estimulada nos estados após 1995, principalmente com o reforço de técnicos que tiveram passagem pelo governo federal e migraram para governos estaduais com o intuito de disseminação de boas práticas e inovações administrativas.

¹³No estado de São Paulo, o processo de privatização da saúde permitiu que 25% dos leitos de hospitais públicos de alta complexidade geridos pelas OSs sejam direcionados a pacientes particulares e de convênios médicos privados. Outro exemplo é a ampliação da venda de leitos no Hospital de Clínicas da Universidade de São Paulo (USP) para 12% do total em 2011, prática também realizada no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, gerido por empresa pública (CORREIA, 2011, p.48), exemplos concretos dos “avanços” da privatização do subsetor público da saúde.

¹⁴ Elaborado pela “Frente Nacional contra a Privatização da Saúde formada por Fóruns de Saúde” de diversos estados, movimentos sociais, centrais sindicais, sindicatos, projetos universitários e várias entidades de âmbito nacional.

¹⁵ Consideramos ainda ser relevante à discussão do processo de contrarreforma em curso pelo fato de questões referentes a contratação de profissionais de saúde frente à flexibilização dos vínculos, precarização do trabalho, assistência à saúde por cumprimento de metas, como terceirização (definido como processo de transferir ao setor privado serviços auxiliares ou de apoio tais como serviço de limpeza, informática, cozinha, atividades médicas como serviços de imagem e especialidades, etc.) e quarteirização (contratação de empresas por parte das OSS), dentre outros.

Ressalta-se que muitos técnicos se tornaram consultores para prestar serviços para a modernização da administração pública dos Estados.

Mas para isto ocorrer, Olívio (2005) afirma que deve-se instituir a instrumentalização de instituições particulares sem fins lucrativos para exercerem atividades do Estado sendo que essas Organizações Sociais possam obter o direito de possuir dotação orçamentária próprias, tendo autonomia financeira e administrativa, respeitadas as condições descritas em lei específica como, por exemplo, a forma de composição de seus conselhos de administração.

Logo, as entidades, que consigam esta qualificação, terão maior autonomia administrativa, e, em compensação, seus dirigentes terão total responsabilidade pelo seu destino. Além disso, conforme o projeto de contrarreforma, por meio delas, busca-se uma maior participação social, na medida em que são objetos de um controle direto da sociedade via seus conselhos de administração, selecionados na comunidade à qual a organização serve. Adicionalmente se busca uma maior parceria com a sociedade, que deverá financiar uma parte menor, porém significativa, dos custos dos serviços prestados (BRASIL, 1995). Com isso, essas organizações além de consumir recursos dos fundos públicos, tem a liberdade de procurar recursos no mercado privado.

Deste modo, o caráter da apropriação do fundo público, via privatização, torna-se evidente quando se coloca que esses são setores em que o Estado deve atuar de forma concorrente com a livre iniciativa, a qual exerce atividades de relevância para o interesse público e, por isso, tais atividades não devem ser de sua exclusividade. Ou seja, os direitos sociais não exclusivos ao setor público – como saúde, educação ou cultura – seriam necessariamente garantidos por meio da lógica privada e não pela superação da lógica mercantil. Isto nos remete aos princípios das OSs, que se baseiam na competição, para que o Estado contrate serviços externos.

Assim, este modelo privatizante de gestão está articulado com o processo das reformas neoliberais que agravam as características selvagens do capitalismo pelo tratamento à questão da força de trabalho e na defesa da concorrência como motor do aperfeiçoamento dos direitos sociais, bem como, na restrição à constituição do fundo público, ou seja, além de não contribuir ainda se apropriam. Pode-se acrescentar que, ao acomodar-se aos limites da Lei de Responsabilidade Fiscal, este processo é orgânico à política de ajuste fiscal vigente.

Considera-se, dessa forma, que as Organizações Sociais respondem aos interesses do capital, pois, conforme afirma Soares (2010, p.13), a partir da supercapitalização, ou seja, do uso “[...] e incorporação dos serviços sociais como espaço de mercantilização e lucratividade, trazendo para essa área toda a lógica e racionalidade privada, anteriormente ocupada pelas políticas públicas”. Observa-se também que, para além da expansão dos serviços privados, no campo das políticas, por meio da utilização das organizações Sociais, vem ocorrendo um processo de privatização que faz a apropriação do fundo público, que deveria dar sustentação aos serviços de saúde.

Segundo Salvador (2012), com o uso de diferentes artifícios prevalece o interesse do capital na disputa por recursos do fundo público no âmbito do orçamento estatal. Neste sentido, o orçamento público deve ser compreendido como espaço de luta política das diferentes forças da sociedade, onde cada grupo mercantil busca inserir seus interesses. Porém, o que se verifica é o fortalecimento da hegemonia dos grupos corporativos da medicina privada que, seguindo as mudanças da ideologia neoliberal, utilizam as organizações sociais para fazer a alocação dos recursos do fundo público por meio da privatização da gestão dos entes públicos.

3. Gasto com unidades de alta complexidade nos dois modelos de gerenciamento no estado de Pernambuco

O principal argumento, amplamente utilizado, em favor da presença das OSs na gestão e oferta de serviços de saúde pública se baseia no raciocínio de que, ao mimetizar as práticas da iniciativa privada, ofereceriam maior eficiência e eficácia sobre o uso dos recursos públicos, revertidos na ampliação do acesso da população a tais serviços e melhoria na qualidade. Dado a subjetividade implícita nas avaliações sobre o que representa a boa qualidade em termos de atendimento de saúde, seja o prestador público ou privado, tomou-se dois outros fundamentos para evidenciar a efetivação da avaliação desse modelo no Estado de Pernambuco: i) o valor *per capita* dos atendimentos efetivados pelas OSS e voltados para média e alta complexidade, para testar se o valor encontrado indica economicidade¹⁶ sobre o erário; e ii) o número de atendimentos realizados pelas OSS e pelos estabelecimentos com gestão do Estado de Pernambuco, voltado a Média e Alta Complexidade, cuja expectativa seria uma redução, ainda que sutil, sobre a demanda da estrutura pública e maior participação da estrutura gerida pela OSS.

No período de 2010 a 2012, o governo de Pernambuco investiu R\$ 631,6 milhões com os principais hospitais com gestão pública, conforme os dados da tabela 1, enquanto as OSS receberam R\$ 894,41 milhões no mesmo período, demonstrado na tabela 2. Chama atenção a velocidade com que os repasses financeiros promovidos pelo governo do Estado para a estrutura de atendimento por meio das OSS tiveram seus repasses ampliados de forma significativa, superior a 248%, enquanto que os hospitais com gestão pública receberam 229% comparando-se 2012 a 2010. Percentualmente, o orçamento destinado as OSS corresponde a mais de 11% dos investimentos do Estado de Pernambuco, enquanto os hospitais de grande porte, apenas, 7,8% conforme evidencia a tabela 3.

¹⁶ Diz respeito ao princípio da economicidade, conforme previsto no art. 70 da CF/88 e que representa a promoção de resultados esperados ao menor custo possível, unindo-se e preservando-se a qualidade, celeridade e menor custo na prestação de serviço público ou no trato dos bens públicos.

Tabela 1 - Gasto com estabelecimentos públicos de saúde de média e alta complexidade de gestão pública, triênio de 2010 a 2012. Pernambuco/Brasil. Em R\$ milhões.

Estabelecimentos públicos de saúde de média e alta complexidade	2010		2011		2012	
	Valor total	%	Valor total	%	Valor total	%
Hospital Agamenon Magalhães	11,8	10	38,4	16	40,8	15
Hospital Barão de Lucena	16,5	14	27,8	12	35,6	13
Hospital da Restauração	23,5	20	47,1	20	61,8	23
Hospital Getúlio Vargas	19,0	16	28,4	12	28,6	10
Hospital Otávio de Freitas	10,9	9	28,6	12	34,6	13
Hospital Regional do Agreste	7,8	6	20,2	8	28,4	10
Hospital Universitário Osvaldo Cruz	30,3	25	46,6	20	44,7	16
TOTAL	119,9	100	237,1	100	274,6	100

Fonte: Dados do Portal da transparência do Governo de Pernambuco. Elaboração própria.

Tabela 2 – Gasto com unidades de saúde de média e alta complexidade de gestão de Organização Social da Saúde, triênio 2010 a 2012, Pernambuco/Brasil em R\$ milhões.

Organização Social	2010		2011		2012		Total Geral	
	R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%
Fundação Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar	117,00	73	238,08	72	264,53	66	619,61	69,3
Fundação Manoel da Silva Almeida - Hospital Infantil Maria Lucinda	15,17	9	34,00	10	75,19	19	124,36	13,9
Instituto Pernambucano de Assistência e Saúde – IPAS	8,90	6	13,53	4	14,59	4	37,02	4,1
Irmandade Santa Casa da Misericórdia	12,04	7	22,60	7	16,42	4	51,06	5,7
Hospital do Tricentenário/OS	7,99	5	24,38	7	29,99	7	62,36	7,0
Total	161,10	100	332,59	100	400,72	100	894,41	100

Fonte: Dados do Portal da transparência do Governo de Pernambuco. Elaboração própria.

Tabela 3 - Comparativo dos gastos em saúde entre a gestão por OSS e gestão pública dos principais hospitais, entre 2010 a 2012, Pernambuco/Brasil em R\$ milhões.

Gestão/ano	2010		2011		2012	
	Valor total	%	Valor total	%	Valor total	%
Gestão por OSS	161,1	6,0	332,6	10,4	400,7	11,3
Gestão dos principais hospitais públicos	119,9	4,5	237,1	7,4	274,6	7,8
Outros gastos*	2.398,4	89,5	2.613,9	82,1	2.866,7	80,9
Gasto Total com saúde em PE	2.679,4	100,0	3.183,6	100,0	3.542,0	100,0

Fonte: Portal da transparência do Governo de Pernambuco. (Elaboração própria).

* Em outros gastos encontram-se os gastos referentes: Ao Gabinete do secretário, à Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária (ANVISA), ao Laboratório Central de Saúde Pública, ao Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco (PROCAPE), ao Centro Integrado de Saúde Amaury Medeiros (CISAM), à Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco (HEMOPE) e ao Fundo Estadual de Saúde, retirando, desse último, os gastos com os hospitais utilizados na tabela 4 e as OSS.

A análise dos dados da receita total do Estado de Pernambuco demonstrou que o percentual de gasto com as OSs acompanhou a linha de aumento, ou seja, passou de 0,83%, em 2010, para 1,57%, em 2011, e 1,60%, em 2012. No entanto, no gasto total da receita com a gestão pública dos principais hospitais de Pernambuco, o percentual atingiu apenas 0,62%, em 2010, passou para 1,12%, em 2011, e em 2012 reduziu para 1,10%, conforme pode ser verificado na tabela 4.

Tabela 4 – Comparativo da receita do Estado X gastos em saúde entre a gestão por OSS e gestão pública dos principais hospitais no triênio 2010 a 2012. Pernambuco/Brasil. Em R\$ milhões.

Tipo de Gestão	Gastos em Saúde					
	2010		2011		2012	
	Valor total	%	Valor total	%	Valor total	%
Gestão por OSS	161,1	0,83	332,6	1,57	400,7	1,60
Gestão dos principais hospitais públicos	119,9	0,62	237,1	1,12	274,6	1,10
Outros gastos	2.398,40	12,3	2.613,90	12,3	2.866,70	11,4
Total da receita do Estado	19.468,33	100	21.225,43	100	25.035,08	100

Fonte: Dados do Portal da transparência do Governo de Pernambuco. Elaboração própria.

Com um gasto maior, esperava-se que um número maior de atendimentos de média e alta complexidade fossem realizados pelas OSS em comparação aos hospitais com gestão pública ou um aumento da quantidade de serviços prestados^{17,18}. Além disso, vale ressaltar que as unidades gerenciadas por OSS são novas e foram entregues totalmente equipadas, o que *a priori* reduz investimento com manutenção e aquisição de bens móveis duráveis. Ao contrário das unidades gerenciadas pelo governo que são antigas e, conseqüentemente, requerem maior custeio para a manutenção da infraestrutura, compras de equipamentos e reformas de setores.

As unidades hospitalares sob responsabilidade da gestão pública prestaram um total de 331.762 atendimentos de média e alta complexidade. O mesmo tipo de atendimento realizado nos hospitais administrados por OSs alcançou um total de 88.822, ou seja, uma diferença de 242.940 atendimentos a favor da gestão pública. Em termos percentuais, a gestão pública ficou com 78,88% do total de atendimentos, enquanto o outro modelo de gestão com 21,12%. Desta forma, observa-se que, apesar de receber menos recursos, a gestão pública produziu mais atendimentos que a gestão por OS (Tabela 5).

Tabela 5 – Número total de atendimentos de média e alta complexidade, por tipo de gestão e estabelecimentos de saúde, de 2010 a 2012, Pernambuco/Brasil.

TIPO DE GESTÃO	2010		2011		2012		Total Geral	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
GESTÃO POR OSS	20.219	16,37	32.363	22,57	36.240	23,59	88.822	21,12
GESTÃO PÚBLICA	103.329	83,63	111.046	77,43	117.387	76,41	331.762	78,88
TOTAL GERAL	123.548	100	143.409	100	153.627	100	420.584	100

Fonte: Tabnet - Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Elaboração própria.

Dentre as diversas justificativas nos discursos oficiais do governo de Pernambuco pela adesão às OSS, uma delas foi que os novos hospitais e UPAs iriam diminuir a procura da população usuária por

¹⁷Cf. Sistema de Informações Hospitalares (SIH), baseados no movimento de AIH (Autorização de Internação Hospitalar). Disponível em <http://tabnet.saude.pe.gov.br/cgi-bin/dh?tab/tabaih08/rd2008pe1.def> Acessado em 17/03/2015.

¹⁸Disponível em <http://portal.saude.pe.gov.br/informacoes-em-saude/informacao-de-producao-ambulatorial-e-hospitalar/> Acessado em 17/03/2015.

atendimentos nas principais unidades de emergências públicas do Estado, que se encontravam no limite da capacidade instalada, bem como pelo perfil de morbimortalidade da população¹⁹.

A análise dos dados, por tipo de gestão, no período entre 2010-2012, demonstrou que o número total de atendimentos realizados em estabelecimentos de saúde de alta complexidade foi de 27.893. Isto é, as sete unidades de saúde com gestão pública realizaram 27.095 atendimentos, que correspondem a 97,14% do total, no período. Ao mesmo tempo, as três unidades hospitalares com gestão por OSs efetuaram apenas 798 atendimentos, representando 2,86% do total constante da tabela 6.

Tabela 6 – Número total de atendimentos de alta complexidade, por tipo de gestão de saúde de 2010 a 2012, Pernambuco/Brasil.

ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE	2010		2011		2012		Total Geral	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Gestão por OSS	22	0,29	162	1,67	614	5,85	798	2,86
Gestão Pública	7.670	99,7	9.552	98,33	9.873	94,15	27.095	97,14
TOTAL GERAL	7.692	100	9.714	100	10.487	100	27.893	100

Fonte: Portal da Transparência do Governo de Pernambuco. Elaboração própria.

Com isso, a análise dos dados demonstrou que no ano de 2011 houve aumento de 7,47% em comparação a 2010. Em 2012 houve aumento de 5,71% em relação a 2011. Observa-se, ainda, que o número total de atendimentos de usuários em estabelecimento de alta complexidade aumentou em ambas as gestões. Ressalta-se que a gestão por OSS representou 2,86% do total de alta complexidade entre os anos estudados. Ou seja, no ano de 2010 os atendimentos em unidades gerenciadas por OSS representavam 0,29%, aumentando para 1,67% em 2011; e, subiram para 5,85% em 2012.

A gestão pública foi responsável pela quase totalidade dos atendimentos de alta complexidade, apesar de uma pequena redução na variação entre os anos: em 2010, atingiu a taxa de 99,7%; em 2011, reduziu para 98,3%; e em 2012, chegou a 94,1%. Considera-se aqui que não houve uma transferência da procura com o aumento da oferta, como esperado. Contraditoriamente, percebe-se que, nos dois modelos de gestão de unidades hospitalares, ocorreu um aumento da procura por atendimento nos serviços de saúde.

A diferença evidenciada é relevante entre os quantitativos com relação aos atendimentos de alta complexidade. Embora os novos hospitais tenham sido construídos para ser referência em alta complexidade, vê-se que o percentual de sua participação é muito baixo. Para tentar ter uma maior clareza sobre essa disparidade na quantidade de atendimentos das unidades de saúde regidas por OSs *versus* as de gestão pública, optou-se por uma análise comparativa de indicadores entre dois hospitais de diferentes tipos de gestão: Hospital Miguel Arraes (HMA) e o Hospital da Restauração (HR).

O HMA é de propriedade do governo do Estado de Pernambuco, gerido pela Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar. O HMA é um hospital geral sem atividade de ensino e presta

¹⁹Plano Estadual de Saúde 2012-2015 / Governo do Estado de Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/informacoes-em-saude/plano-estadual-de-saude>>. Acesso em: 21/02/2016.

serviços de atenção à saúde ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade sendo habilitado como unidade de assistência de alta complexidade em traumatologia-ortopedia e UTI II – adulto; possui 140 leitos, dentre esses, 60 leitos de ortopediatria-traumatologia,

O HR é gerido pela gestão pública estatal direta sendo um hospital geral de emergência, uma unidade auxiliar de ensino, com nível de atenção hospitalar e atividade de média e alta complexidade e ambulatorial de atenção básica. Habilitado como unidade de assistência e centro de referência de alta complexidade em neurologia/neurocirurgia, centro de referência em assistência a queimados em média complexidade, centro de referência em assistência a queimados em alta complexidade, córnea/esclera, banco de tecido ocular humano, unidade de assistência de alta complexidade em traumato-ortopedia, UTI II adulto, UTI II pediátrica, UTI queimados, hospital tipo III em urgência e vídeo-cirurgias. O HR possui 733 leitos, sendo 57 leitos de ortopediatria-traumatologia.

Para o seu funcionamento, o HMA recebeu, no período de 2010 a 2012, R\$152,46 milhões do orçamento da saúde. Por sua vez, o HR obteve, no mesmo período, R\$ 132,43 milhões. Uma diferença de R\$ 20,03 milhões de recursos do fundo público da saúde em favor da OS, apesar do HR ter 593 leitos a mais do que o HMA. A análise dos dados revelou que o HR realizou um total de 82.908 atendimentos, enquanto o HMA, que recebeu R\$ 20 milhões a mais de recursos financeiros, fez apenas 28.747, correspondente a 25,7% do total de atendimentos, conforme demonstra a tabela 7.

Tabela 7 – Número total de atendimento e valor gasto por estabelecimento de saúde, com atividades de média e alta complexidade de Pernambuco no período de 2010 a 2012.

ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE DE ALTA COMPLEXIDADE	Atendimentos		Valor gasto	
	Nº	%	R\$	%
Hospital Metropolitano Norte Miguel Arraes	28.747	25,7	152.464.605,80	53,5
Hospital da Restauração	82.908	74,3	132.425.202,47	46,5
TOTAL GERAL	111.655	100	284.889.808,27	100

Fonte: Portal da Transparência do Governo de Pernambuco. Elaboração própria.

Com base nos dados acima, evidencia-se que o custo médio de um atendimento no HR foi de R\$ 1.597,25, enquanto no HMA o custo médio foi de R\$ 5.303,67. Isso significa que o custo para a realização de um atendimento de média e alta complexidade apresenta-se concretamente maior na gestão hospitalar da OS, em comparação ao hospital de administração estatal direta. Nota-se uma diferença de R\$ 3.706,42, portanto, o custo no HMA pode ser considerado mais oneroso. Ou seja, é 332% mais caro, quando comparado ao custo/atendimento do HR no custo médio por um atendimento. Além de ter um custo menor por atendimento, o HR realizou 74,3% do total dos atendimentos de média e alta complexidade, ou seja, realizou 54.161 atendimentos a mais que o HMA.

Dessa forma, a lógica privada se encontra institucionalizada na saúde pública de Pernambuco. Assim, a saúde pública é compreendida pela gestão governamental como um espaço de mercantilização e mediação de interesses políticos, e, portanto, de expansão da privatização do setor público.

Desta forma, concorda-se com Borges *et al* (2012), no argumento que a privatização está primeiramente caracterizada pela submissão do setor público ao privado pela orientação política dada à estrutura estatal. O que caracteriza essas entidades como instrumento privatizante do SUS seria a sua vinculação com a indústria da saúde que encontrou um caminho jurídico das OSS para dominar as estruturas públicas, de forma a garantir a sustentabilidade do subsetor privado.

Considerações finais

Nas últimas três décadas, o projeto de contrarreforma do setor saúde vem sendo adotado por diferentes governos estaduais com o objetivo de se adequar às exigências da Reforma Administrativa do Estado.

Nesses termos, o Estado de Pernambuco aderiu à privatização realizando mudanças na administração de hospitais e Unidades de Pronto Atendimento (UPA) construídas com o erário. Ou seja, a estratégia é transferir a execução dos serviços de saúde para entidades públicas não estatais, as chamadas Organizações Sociais da Saúde, a partir de contratos de gestão.

O governo estadual transfere o erário para as OSS administrarem unidades hospitalares do subsetor público do SUS, conformando as diretrizes da reforma do Estado. O núcleo de serviços não exclusivos seria destinado às organizações públicas não estatais e privadas mediante contrato de gestão alterando a natureza das funções protetiva e executiva para as políticas públicas.

Entende-se que, embora, dentre as justificativas para implementar as parcerias público-privada sob o argumento de maior eficácia e eficiência da gestão pública, leia-se, equilíbrio fiscal, agilidade na contratação de profissionais de saúde, ampliação do acesso e qualidade dos serviços prestados à população usuária, o estudo em tela demonstrou a existência de um duplo movimento no tocante aos serviços de saúde no estado de Pernambuco: expansão da rede versus aumento da oferta de serviços.

Nesses termos, apresenta-se aqui uma contradição fundamental da estratégia adotada pelo governo de Pernambuco, que merece destaque: a unidade pública avaliada realizou maior número de atendimentos de serviços de saúde no período estudado, mesmo dotada de menor orçamento, enquanto a unidade gerida pela OSS realizou um número significativamente menor de atendimentos, mesmo tendo recebido um repasse de verba expressivamente maior.

Essa evidência ilógica não é uma expressão isolada de um fenômeno local, como se pode conferir, por exemplo, nos números apresentados por Correia (2011) na qual segundo a autora, no ano de 2006, o governo de São Paulo, estado onde as OSS vêm adquirindo larga expansão, gastou R\$ 7,95 bilhões em terceirização; no ano seguinte, em 2007, gastou R\$ 8,52 bilhões. Entre 2006 e 2009, o gasto com as OSS totalizou 114% do orçamento da saúde, representando um aumento de 47%, ou seja, as despesas com a terceirização da saúde cresceram mais que o dobro do aumento do orçamento público naquele estado.

Em face das análises apresentadas afirma-se que a saúde é o espaço estratégico de disputa entre o modelo de desenvolvimento econômico de Pernambuco (saúde como mercadoria) e os defensores do Projeto de Reforma Sanitária e da saúde como direito do cidadão e dever do Estado, no qual a apropriação privada dos recursos públicos é um retrocesso na consolidação dos princípios do SUS.

A racionalidade da contrarreforma não se apresenta privatista, mas, como modernizadora da reforma sanitária, que tenta encobrir a privatização alegando que as entidades contratadas para gerir os serviços não são de natureza lucrativa. Embora do ponto de vista jurídico tais instituições sejam caracterizadas como sem fins lucrativos, elas indicam espaços de negociações, partilhas de recursos, compras e licitações que ocorrem sem o controle público.

Conclui-se que é importante analisar os mecanismos criados para desviar recursos do fundo público e aumentar a lucratividade do setor privado de saúde. Num contexto de avanço de contrarreformas neoliberais de orientações flexibilizadoras e gerenciais da reforma do aparelho do Estado, os impactos e as implicações dessas medidas serão melhor avaliadas com a continuidade de pesquisas e estudos em tempos futuros.

Referências

- BARBOSA, Nelson Bezerra. ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. **As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2010, vol.15, n.5, pp. 2483-2495.
- BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em Contra - Reforma.** Desestruturação do Estado e Perda dos Direitos. São Paulo: Cortez, 2003. Cap. I: Pp. 31-65. Cap. V. Pp. 248-280.
- BORGES, Fabiano Tonaco [et al]. **Anatomia da privatização neoliberal do SUS:** o papel das organizações sociais. São Paulo, SP: Cultura Acadêmica, 2012.
- BRASIL. Presidência da República. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. MARE. **Plano Diretor Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado.** Novembro. Brasília, 1995.
- BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 9.637**, de 15 de maio de 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **DATASUS.** 2010. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/datasus>>
- BRAVO, Maria Inês S.; MENEZES, Juliana S. Bravo de. Política de Saúde no Governo Lula. In: BRAVO Maria Inês Souza [et al] (Orgs). **Política de saúde na atual conjuntura:** modelos de gestão e agenda para a saúde. 2ª ed. Rev. Ampl. Ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2009. Pp. 17-21.
- BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. **A reforma do estado dos anos 90:** lógica e mecanismos de controle. *Lua Nova* [online]. 1998, n.45, pp. 49-95
- CORREIA, Maria Valéria Costa. **A saúde no contexto da crise contemporânea do capital:** o Banco Mundial e as tendências da contrarreforma na política de saúde brasileira. *Temporalis: Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social.* São Luiz: n. 13, 2007.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Por que ser contra aos novos modelos de gestão no SUS? In: BRAVO, Maria Inês Souza; Menezes, Juliana Souza Bravo et al. **Saúde na atualidade**: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ; Rede Sirius, 2011. p. 43-49.

DRUCK, Graça; FILGUEIRA, Luiz. **Política social focalizada e ajuste fiscal**: as duas faces do governo Lula. Rev. Katál. Florianópolis v. 10 n. 1 p. 24-34 jan./jun. 2007

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE (FNCP). **Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde**: a saúde que defendemos! Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://pelasaude.blogspot.com.br/>>. Acesso em: 21/02/2016.

JUNQUEIRA, Virgínia. **Organizações Sociais e as Fundações Estatais de Direito Privado**: duas faces na contrarreforma de estado na saúde. Temporalis, São Luiz – MA, v. VII, n. 13, p. 67-90, jan/jun. 2007.

OLÍVIO, Luis Carlos Cancellier de. **As Organizações Sociais e o novo espaço público**. FEPESE/Editorial Studium, Florianópolis, 2005.

NETTO, José Paulo. Entrevista. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9 n. 2, p. 333-340, jul. /out. 2011.

PAES, José Eduardo Sabo. **Fundações e entidades de interesse social**: aspectos jurídicos, administrativos, contábeis e tributários. 2. Ed. Brasília: Brasília Jurídica, 2000.

PERNAMBUCO. Governo do Estado. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Coordenação Geral. Diretoria Geral de Planejamento. **Plano Estadual de Saúde 2012-2015 / Governo do Estado de Pernambuco**. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Coordenação Geral. Diretoria Geral de Planejamento. – 1. ed. – Recife: Secretaria Estadual de Saúde, 2012. 247 p.: - il.

PERNAMBUCO. Secretaria da Controladoria-Geral do Estado (SCGE). **Portal da Transparência do Governo de Pernambuco**. Disponível em: <<http://web.transparencia.pe.gov.br/acesso-a-informacao/>>

SALVADOR, Evilasio. **Fundo Público e o financiamento das Políticas Sociais no Brasil**. SERV. SOC. REV., LONDRINA, V. 14, N.2, P. 5 04-22, JAN./JUN. 2012

SANO, Hironobu; ABRUCIO, Fernando Luiz. **Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil**: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. Rev. adm. empres., São Paulo, v. 48, n. 3, Set. 2008.

SOARES, Raquel Cavalcante. **A contra-reforma na política de saúde e o SUS hoje**: impactos e demandas ao Serviço Social. Tese (Programa de Pós-Graduação em Serviço Social). UFPE, Recife, 2010.

SODRE, Francis [et al]. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares**: um novo modelo de gestão? Serv. Soc. Soc.[online]. 2013, n.114, p. 365-380.

VASCONCELOS, K. E.L..SCHMALLER, V. P. V. **Estratégia Saúde da Família**: foco da disputa entre projetos sanitários no Brasil. Sociedade em Debate, Pelotas, v.17, n.1, p.89-118, Jan.-Jun. 2011.